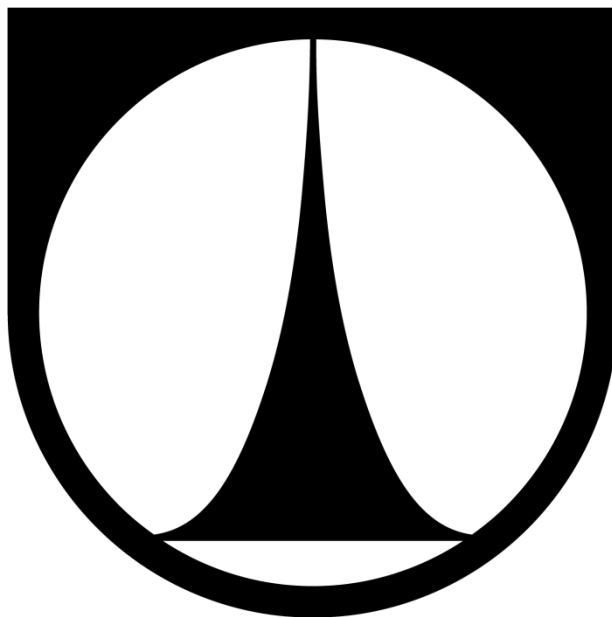


**TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI**  
**Ekonomická fakulta**



**DIPLOMOVÁ PRÁCE**

**2013**

**Bc. Martina Metelková**

# **TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI**

## **Ekonomická fakulta**

Studijní program: N 6208 Ekonomika a management  
Studijní obor: Podniková ekonomika

### **Možnosti financování zdravotní péče v ČR z hlediska zdravotní pojišťovny jako ekonomického subjektu na pojistném trhu**

### **Financing Options for Healthcare in the Czech Republic from the Perspective of a Health Insurance Company as an Economic Entity in the Insurance Market**

DP-EF-KPO-2013-15

Bc. Martina Metelková

Vedoucí práce: Ing. Jan Öhm, katedra pojišťovnictví

Konzultant: MUDr. Irena Šupová, ordinace praktického lékaře Plavy

Počet stran: 125

Počet příloh: 6

Datum odevzdání: 2. května 2013

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

Ekonomická fakulta

Akademický rok: 2012/2013

## ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Martina Metelková**  
Osobní číslo: **E10000142**  
Studijní program: **N6208 Ekonomika a management**  
Studijní obor: **Podniková ekonomika**  
Název tématu: **Možnosti financování zdravotní péče v České republice z hlediska zdravotní pojišťovny jako ekonomického subjektu na pojistném trhu**  
Zadávající katedra: **Katedra pojišťovnictví**

### Z á s a d y   p r o   v y p r a c o v á n í :

1. Zmapování historického vývoje zdravotnického systému a financování v ČR
2. Analýza současného stavu financování zdravotního systému v ČR a jeho problémů
3. Rozbor negativ a pozitiv současného pojistného trhu v oblasti zdravotních pojišťoven
4. Návrhy opatření pro efektivnější financování zdravotních pojišťoven s ohledem na požadavky účastníků zdravotního systému
5. Možnosti aplikace navržených opatření v podmínkách zdravotního systému ČR



Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

65 normostran

Forma zpracování diplomové práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

DARMOPILOVÁ, Z. Vliv zájmových skupin na reformu zdravotnictví. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2010. 181 s. ISBN 978-80-210-5406-6.

GLADKIJ, I. Management ve zdravotnictví. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003. 380 s. ISBN 80-7226-996-8.

Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR. Zpráva o stavu, vývoji a výhledu zdravotnictví v ČR [online]. Praha, 2008. 299 s. ISBN-13 978-80-85047-35-6. Dostupné z WWW:

[http://www.kulatystul.cz/cs/system/files/Zprava+o+stavu\\_WEB.pdf](http://www.kulatystul.cz/cs/system/files/Zprava+o+stavu_WEB.pdf).

NĚMEC, J. Principy zdravotního pojištění. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 240 s. ISBN 978-80-247-2628-1.

SVOBODNÝ, P., L. HLAVÁČKOVÁ. Dějiny lékařství v českých zemích. 1. vyd. Praha: TRITON, 2004. 247 s. ISBN 80-7254-424-1.

WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE: EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEMS. Health system profiles [online]. Dostupné z WWW: <http://www.euro.who.int/en/who-we-are/partners/observatory/health-systems-in-transition-hit-series/countries>. Elektronická databáze článků ProQuest (knihovna.tul.cz).

Vedoucí diplomové práce:

Ing. Jan Öhm

Katedra pojišťovnictví

Konzultant diplomové práce:

MUDr. Irena Šupová

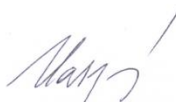
praktický lékař s rehabilitací v Plavech

Datum zadání diplomové práce:

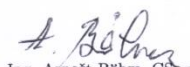
31. října 2012

Termín odevzdání diplomové práce:

4. května 2013

  
doc. Dr. Ing. Olga Hasprová  
děkanka



  
doc. Ing. Arnošt Böhm, CSc.  
vedoucí katedry

V Liberci dne 31. října 2012

## **Prohlášení**

Byla jsem seznámena s tím, že na mou diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé diplomové práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li diplomovou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Diplomovou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím diplomové práce a konzultantem.

V Liberci dne 2. května 2013

## Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala **Ing. Janu Ůhmovi** za odborné vedení a cenné rady, které napomohly ke vzniku této diplomové práce. Další mé poděkování směřuje k mé konzultantce paní MUDr. Ireně Šupové za poskytnuté informace z oblasti financování zdravotní péče.

V tomto směru patří moje díky i paní Ing. Marcelě Škodové, ředitelce Ústavu ruky a plastické chirurgie ve Vysokém nad Jizerou, MUDr. Dagu Tichému zástupci primáře v Nemocnici Jablonec nad Nisou a Ing. Jitce Rejhové ředitelce pobočky OZP v Hradci Králové, kteří mi věnovali svůj čas za účelem celkového pochopení financování zdravotní péče a nastínění jejich úhlu pohledu na danou problematiku.

Zároveň bych ráda poděkovala celé mé rodině za morální a materiální podporu, která mi umožnila studium na vysoké škole, a především mé mamince, fyzioterapeutce Janě Metelkové, která mi poskytla cenné informace o úhradách poskytované rehabilitační péče.

Bc. Martina Metelková

## **Anotace**

Tato diplomová práce je zaměřena na oblast financování zdravotní péče v České republice z hlediska systému zdravotních pojišťoven. V úvodu jsou popsány základní modely systémů zdravotního pojištění. V další části práce je popsán vývoj a současnost zdravotnického systému a financování v České republice a je provedena analýza současného trhu zdravotních pojišťoven. Na základě analýzy negativ systému zdravotnictví jsou stanoveny hlavní problémy související s finanční částí systému. Práce se zabývá návrhem Svazu pacientů České republiky na zavedení systému jedné státní zdravotní pojišťovny jako řešení těchto problémů. Jsou podrobně popsány možnosti realizace návrhu a provedena nákladová analýza s odhadem úspor z vytvoření systému jedné státní zdravotní pojišťovny. Na závěr je návrh zhodnocen z pohledu výhod a nevýhod pro účastníky zdravotního systému.

## **Klíčová slova**

financování, finanční toky, marketingové náklady, mzdové náklady, provozní náklady, systém jedné státní zdravotní pojišťovny, systémy zdravotního pojištění, úhradový mechanismus, zdravotní pojišťovna, zdravotnictví

## **Annotation**

This thesis is aimed at area of health care financing in the Czech Republic from the viewpoint of the health insurance companies. The introduction describes the basic models of health insurance. In the next part of this thesis is described a development and the present of the health system and financing in the Czech Republic and the current market of health insurance companies is analyzed. Based on the analysis of the negatives in the health system are defined major problems related to the financial part of the system. The thesis deals with the proposal of the Czech association of patients to introduce a state health insurance company system as a solution to these problems. The implementation of the proposal is described in detail and it makes the cost analysis to estimate the savings from the establishment of the state health insurance company system. In conclusion the proposal is evaluated from the perspective of the advantages and disadvantages for participants of the health system.

## **Keywords**

financial flows, financing, health insurance company, health insurance system, health service, labour costs, marketing costs, operating costs, payment mechanism, state health insurance company system



# Obsah

<b>SEZNAM ILUSTRACÍ .....</b>	<b>11</b>
<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>12</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK .....</b>	<b>13</b>
<b>ÚVOD.....</b>	<b>15</b>
<b>1 ZÁKLADNÍ ROZDĚLENÍ SYSTÉMŮ ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ .....</b>	<b>16</b>
1.1 PRIVÁTNÍ ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ .....	16
1.2 STATUTÁRNÍ ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ .....	17
1.2.1 <i>Beveridgeův model</i> .....	17
1.2.2 <i>Bismarckův model</i> .....	18
<b>2 VÝVOJ ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ A FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE.....</b>	<b>19</b>
2.1 PRVOREPUBLIKOVÝ MODEL (1918 – 1948) .....	19
2.2 SOCIALISTICKÝ MODEL (1948- 1989).....	20
2.3 TRANSFORMACE ZDRAVOTNICTVÍ PO ROCE 1989 .....	22
2.4 SHRUTÍ VÝVOJE ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ A FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE OD ROKU 1918 .....	25
<b>3 SOUČASNÝ SYSTÉM ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ A FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE .....</b>	<b>27</b>
3.1 FINANČNÍ TOKY V SYSTÉMU ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ.....	27
3.1.1 <i>Slabiny a hrozby ve finančních tocích</i> .....	34
3.2 POSKYTOVATELÉ ZDRAVOTNÍ PÉČE .....	39
3.2.1 <i>Problémy poskytovatelů zdravotní péče v rámci financování zdravotní péče...</i>	40
3.3 ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY.....	43
3.3.1 <i>Vznik a zánik zdravotní pojišťovny</i> .....	46
3.3.2 <i>Orgány zdravotní pojišťovny</i> .....	47
3.3.3 <i>Právní rámec hospodaření zdravotních pojišťoven</i> .....	50
3.3.4 <i>Provozní náklady současných zdravotních pojišťoven</i> .....	54
3.3.5 <i>Specifika zdravotní pojišťovny jako podniku</i> .....	60
3.4 SHRUTÍ SOUČASNÉHO STAVU TRHU ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN A FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE .....	63
<b>4 NÁVRH SYSTÉMU S JEDNOU ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNOU .....</b>	<b>67</b>
4.1 MOŽNOSTI REALIZACE .....	67
4.1.1 <i>Sloučení do jedné státem řízené zdravotní pojišťovny</i> .....	70
4.1.2 <i>Úplný zánik jednotlivých zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven</i> .....	72
4.1.3 <i>Převedení finančních toků zdravotního pojistného</i> .....	73

4.2	VÝHODY A NEVÝHODY Z HLEDISKA PROVOZNÍCH NÁKLADŮ .....	74
4.2.1	<i>Marketingové náklady</i> .....	75
4.2.2	<i>Mzdové náklady</i> .....	87
4.2.3	<i>Provozní náklady poboček</i> .....	91
4.3	PŘÍNOSY A NEVÝHODY PRO ÚČASTNÍKY ORGANIZAČNÍ STRUKTURY ČESKÉHO ZDRAVOTNICTVÍ .....	93
4.3.1	<i>Poskytovatelé zdravotní péče</i> .....	93
4.3.2	<i>Pacienti nebo-li pojištěnci</i> .....	94
4.3.3	<i>Zdravotní pojišťovny a stát</i> .....	95
4.4	ZHODNOCENÍ CELKOVÝCH VÝHOD A NEVÝHOD .....	96
<b>ZÁVĚR .....</b>		<b>98</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>		<b>101</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH .....</b>		<b>116</b>

## Seznam ilustrací

Obrázek 1 Struktura průměrného platu lékařů v ČR v roce 2011.....	41
Obrázek 2 Podíl jednotlivých ZP na trhu se zdravotním pojištěním.....	44
Obrázek 3 Srovnání počtu pojištěnců na jednoho zaměstnance u jednotlivých ZP.....	56
Obrázek 4 Struktura čerpání PF jednotlivých ZP.....	58

# Seznam tabulek

Tabulka 1 Srovnání průměrných mezd/platů lékařů s průměrnou mzdou v ČR.....	40
Tabulka 2 Průměrný plat lékařů dle platových tříd.....	41
Tabulka 3 Vývoj počtu ZP od vzniku prvních ZP po rok 2001.....	43
Tabulka 4 Vývoj počtu ZP v posledních 5 letech.....	44
Tabulka 5 Vývoj monopolního postavení VZP v letech 2000 — 2011.....	44
Tabulka 6 Čerpání PF jednotlivých ZP v roce 2010 (v tis. Kč).....	55
Tabulka 7 Průměrný tržní podíl jednotlivých ZP v roce 2010.....	55
Tabulka 8 Průměrné mzdy a průměrná odměna členům SR, DR, RO jednotlivých ZP.....	56
Tabulka 9 Počet zasedání orgánů jednotlivých ZP v roce 2010.....	57
Tabulka 10 Rozpis ostatních závazků z PF ZPMV ČR (modře) a RBP (zeleně).....	59
Tabulka 11 Hodnota budov a staveb ZP k 31. 12. 2010 (v tis. Kč).....	59
Tabulka 12 Náklady na inzerci v nejčtenějších časopisech (cena inzerce v Kč bez DPH).....	77
Tabulka 13 Cena jednoho 30s reklamního spotu na TV Nova v období srpen až říjen.....	78
Tabulka 14 Zdravotní pojišťovny na facebooku (k datu 17. 12. 2012).....	81
Tabulka 15 Klientské časopisy zdravotních pojišťoven.....	84
Tabulka 16 Průměrné roční mzdové náklady na jednoho zaměstnance u ZPMV ČR.....	88
Tabulka 17 Průměrné roční mzdové náklady na jednoho zaměstnance u VoZP.....	88
Tabulka 18 Odhad ročních mzdových nákladů jedné státní ZP.....	89
Tabulka 19 Odhad celkových nákladů na odstupné propuštěným zaměstnancům.....	90
Tabulka 20 Odhad celkových úspor mzdových nákladů (v tis. Kč).....	90
Tabulka 21 Náklady na provoz poboček (v tis. Kč).....	91

## Seznam použitých zkratek

ATO	Asociace televizních organizací
ČNZP	Česká národní zdravotní pojišťovna
ČPZP	Česká průmyslová zdravotní pojišťovna
ČR	Česká republika
ČSÚ	Český statistický úřad
DPH	daň z přidané hodnoty
DR	Dozorčí rada
DRG	Diagnosis-Related Group (diagnosticky spřízněné skupiny diagnóz)
HDP	hrubý domácí produkt
HZP	Hutnická zaměstnanecká pojišťovna
JIM	Jedno inkasní místo
JSZP	jedna státní zdravotní pojišťovna
MF ČR	Ministerstvo financí ČR
m. p.	meziroční přírůstek
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví ČR
OBZP	osoba bez zdanitelných příjmů
OECD	Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj
OSVČ	osoba samostatně výdělečně činná
OZP	Oborová zdravotní pojišťovna
PF	Provozní fond
PPP	průměrný přepočtený počet
PSP	Poslanecká sněmovna Parlamentu
PVZP	Pojišťovna VZP
RBP	Revírní bratrská pokladna

RO	Rozhodčí orgán
SR	Správní rada
ÚZIS ČR	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
VoZP	Vojenská zdravotní pojišťovna
VZ	Výroční zpráva
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky
ZP	zdravotní pojišťovna
ZP M-A	Zdravotní pojišťovna Metal-Aliance
ZPMV ČR	Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra ČR

# Úvod

Oblast zdravotnictví je v současné době hojně diskutovaným tématem. Problémy představuje především finanční stránka poskytované zdravotní péče, která dle nespokojenosti účastníků systému zdravotnictví doposud není ideálně dořešena. Nejzávažnějším problémem v poslední době je nespokojenost zdravotnického personálu se mzdovým ohodnocením a obavy z budoucího nedostatku především lékařského personálu z důvodu stárnutí jeho věkové struktury pramenící právě ze špatného mzdového ohodnocení lékařů. Tato nespokojenost a obavy vyústí v časté stávky lékařů narušujících tak správný chod zdravotnických zařízení, která jsou jako poskytovatel zdravotní péče důležitým článkem ve fungování ekonomiky státu. Z tohoto důvodu je vyřešení nespokojenosti a těchto obav zdravotnického personálu související s financováním zdravotní péče nejvyšší prioritou.

Vzhledem k veřejnému zdravotnímu pojištění jako hlavního zdroje financování, který je reprezentován zdravotními pojišťovnami. V České republice je již více než 20 let zaveden Bismarckův model zdravotního pojištění s jednou státní zdravotní pojišťovnou a několika zaměstnaneckými zdravotními pojišťovnami. Ovšem v nedávné době Svaz pacientů na základě svého předpokladu neefektivního hospodaření zdravotních pojišťoven přišel s návrhem na návrat k systému s jedinou zdravotní pojišťovnou řízenou státem jako efektivnějšího financování zdravotní péče.

Cílem této práce je na základě analýzy současného stavu českého zdravotnictví s důrazem na finanční stránku celého systému definovat jeho hlavní problémy a posoudit návrh Svazu pacientů jako řešení s ohledem na zájmy účastníků zdravotního systému. Dílčím cílem práce je prokázat nebo vyvrátit na základě statistik oprávněnost požadavků především lékařského personálu na zvýšení mzdového ohodnocení a případně tento požadavek zahrnout k hlavním problémům, které by návrh Svazu pacientů měl vyřešit.

Hlavními metodami práce jsou metody popisné v první části práce a metody analýzy zdravotnického systému ČR a jeho problémů a hospodaření zdravotních pojišťoven pomocí studia výročních zpráv zdravotních pojišťoven a dat od Českého statistického úřadu a Ústavu zdravotnických informací a statistik České republiky.

# **1 Základní rozdělení systémů zdravotního pojištění**

V základě se dají všechny systémy zdravotního pojištění rozdělit do dvou skupin z hlediska míry povinnosti obyvatelstva zapojit se do systému zdravotního pojištění.

V případě zemí, ve kterých je zdravotní pojištění povinné a tedy veškeré obyvatelstvo nebo určitá skupina obyvatel musí být ze zákona pojištěna v systému zdravotního pojištění, se jedná o různé typy tzv. Statutárního zdravotního pojištění.

Naproti Statutárnímu pojištění je zde skupina tzv. Privátního zdravotního pojištění, které je naopak dobrovolné. Toto zdravotní pojištění mohou poskytovat nejen soukromé, ale i veřejné subjekty.

## **1.1 Privátní zdravotní pojištění**

Příkladem systému, kde převládá privátní zdravotní pojištění, je USA. Při tomto systému zdravotního pojištění s převahou liberalistických prvků je až 15 % obyvatel USA nepojištěno a náklady na zdravotnictví se v roce 2010 pohybovaly okolo 17,6 % HDP. Přesto část obyvatel je pojištěno statutárním pojištěním v rámci programu Medicare pro osoby starší 65 let a handicapované a programu Medicaid pro sociálně slabé (nejchudší vrstvy obyvatel). Oba dva tyto programy jsou financované státem z všeobecných daní obyvatel. Dle reformy prezidenta Obamy by od roku 2014 měl být systém privátního pojištění v USA nahrazen statutárním pro všechny obyvatele. [1] [2] [3]

V některých evropských státech např. ve Francii, Nizozemsku, Německu, Rakousku, Belgii a dalších najdeme také nabídku privátního zdravotního pojištění převážně ve formě doplňkového pojištění (pro služby, které nejsou placeny ze statutárního pojištění jako na příklad rehabilitační péče, stomatologická péče, dražší léky apod.) nebo alternativního pojištění (vyšší standard služeb- samostatný pokoj, privátní klinika, rychlejší přístup ke specialistům apod.), připojištění při vysoké spoluúčasti pacienta nebo na určité dražší služby nejen v privátním sektoru zdravotnické péče apod. V Německu je mimo tyto



typy privátního zdravotního pojištění až 10 % obyvatelstva klienty substitučního zdravotního pojištění, které pojišťuje obyvatele s vyššími příjmy bez účasti v systému statutárního zdravotního pojištění, které pro ně je pouze dobrovolné. [1] [4]

## **1.2 Statutární zdravotní pojištění**

Většina evropských zemí má zdravotnický systém založen na povinném zdravotním pojištění tedy statutárním pojištění. Na základě určitých odlišností – v způsobu financování, řízení, dostupnosti pojištění a dalších faktorů lze rozlišit dva typy: Beveridgeův a Bismarckův model pojištění.

### **1.2.1 Beveridgeův model**

Základní charakteristikou Beveridgeova modelu je financování ze všeobecných daní a pojistné krytí veškeré populace. Financování a řízení zdravotních zařízení je v kompetenci státem zřízených specializovaných úřadů. Zdravotní zařízení jsou provozována přímo státem nebo jsou smluvně vázaná na stát. Jako příklad Beveridgeova modelu lze uvést Národní zdravotní službu ve Spojeném království nebo v příbuzných variacích v severských zemích a na Novém Zélandu. [5] [6]

Dalším typem vycházejícím z principů tohoto modelu je i Douglasův model fungující v Kanadě a v Austrálii. Změnu oproti původnímu modelu najdeme v přenesené zodpovědnosti ze státu na jednotlivé provincie, které samy zodpovídají za provoz a financování zdravotní péče na svém území. Stát je pouze dotuje určitými financemi. [5]

Krajní formou tohoto Beveridgeova modelu je tzv. Semaškův model s vysokou mírou centralizace rozšířený v různých modifikacích v bývalých socialistických zemích včetně území České republiky a Slovenska v letech 1953- 1989. [5]

### **1.2.2 Bismarckův model**

Na druhé straně Bismarckův model je financován z povinných odvodu pojistného závislého na výši příjmu. Správa pojistného nenáleží státu, ale jednotlivým zdravotním pojišťovnám jako samosprávným celkům, u kterých je pojištěnec pojištěn. Zdravotní zařízení uzavírají s těmito pojišťovnami smlouvy, na jejichž základě je jim proplácena poskytnutá zdravotní péče. V současnosti je tento typ zdravotního pojištění nejhojněji používaným modelem většiny zemí Evropy a světa včetně naší republiky. [5]

## **2 Vývoj zdravotního pojištění a financování zdravotní péče v České republice**

Přestože na území nynější České republiky byl na téměř půl století zaveden tzv. Beveridgův model statutárního pojištění povinného pro všechny skupiny obyvatelstva, současný zdravotnický systém v ČR je postaven na principech tzv. Bismarckovského pojišťovacího modelu, který je spojen se zdravotním systémem na území dnešní ČR od počátku tohoto pojišťovacího modelu.

Bismarckovský pojišťovací model byl na počátku 80. let 19. století zaveden v Německém císařství kancléřem Otto von Bismarckem jako systém sociálního pojištění a již v roce 1888 byly přijaty Rakousko-Uherskou monarchií, jejíž součástí bylo i území pozdějšího Československa, zákony o nemocenském a úrazovém pojištění inspirované Bismarckovými reformami v Německu. [7]

### **2.1 Prvorepublikový model (1918 – 1948)**

Nově vzniklá Československá republika převzala tento Bismarckův model sociálního pojištění, tak jak byl znám z dob existence Rakouska-Uherska a postavila na něm základ svého zdravotního systému. V té době existovalo v nové republice okolo 1500 malých nemocenských pojišťoven. [8]

Tento počet se v průběhu existence republiky snižoval z důvodu sdružování malých pojišťoven, které bylo od roku 1934 povinné. Během třicátých let klesl počet nemocenských pojišťoven přibližně na 300. [9]

Jednotlivé svazy pojišťoven uzavíraly se Spolkem pokladenských lékařů tzv. Rámcové smlouvy, kterými se řídily okrskové a individuální smlouvy. Ty nesměly být méně výhodné než Rámcové smlouvy. [10]

Od začátku fungování nového státu byla ražena aktivní sociální politika. Z tohoto důvodu zde byla snaha o rozšíření dostupnosti nemocenského pojištění. Už v roce 1919 bylo pojištění zavedeno u všech pracujících za mzdu a jejich rodinné příslušníky a

v polovině 20. let začalo platit povinné pojištění pro námezdní dělníky a státní zaměstnance. [9] [10]

Systém veřejného zdravotnictví spadal pod nově vzniklé Ministerstvo zdravotnictví a tělesné výchovy (vznik 11. 11. 1918) spolupracujícím na reformě systému s odborníky sdružujícími se do tzv. Státní zdravotní rady, hlavního poradního orgánu ministerstva. [10]

Převážnou část zdravotní péče obstarával kvalifikovaný zdravotní personál financován z veřejných financí a pojištění. Platba lékařů probíhala několika způsoby: platbou za výkon, podle typu onemocnění, platbou za hlavu a věk nebo paušálem. [6]

V rámci obcí působily obvodní a obecní lékaři, kteří od roku 1922 jsou evidováni jako státní zaměstnanci. Deklarovaná svobodná volba lékaře vypadala v praxi tak, že si pacienti mohli svobodně vybírat lékaře včetně praktického, ale výběr byl umožněn pouze ze smluvních lékařů jejich pojišťovny. V opačném případě, kdy se nejednalo o smluvního lékaře jejich pojišťovny, probíhala platba v hotovosti. [6] [10]

Systém preventivního lékařství byl organizován a financován převážně dobrovolnými spolky zdravotní a sociální péče. [10]

## **2.2 Socialistický model (1948– 1989)**

Po roce 1948 započala přestavba zdravotnictví po vzoru sovětského modelu. V oblasti financování zdravotní péče došlo k zásadní přeměně z Bismarckova pojišťovacího modelu na Semaškův model zdravotního pojištění.

Zákonem o národním pojištění bylo uzákoněno národní pojištění pro všechny lidi s právem každého občana na zdraví. Tímto zákonem bylo sjednoceno nemocenské a důchodové pojištění. Příspěvky na zdravotní péči od zaměstnanců a zaměstnavatelů vybírala a spravovala Ústřední národní pojišťovna se systémem okresních národních pojišťoven. Nepojištěná část obyvatelstva platila za ošetření a léčbu přímou platbou. [6]

V letech 1951 až 1953 probíhalo sjednocování zdravotnictví a převádění zodpovědnosti za poskytování, kontrolování a řízení péče na stát. V roce 1951 vešel v platnost zákon

o jednotné preventivní a léčebné péči, kterým odpovědnost za zdravotnictví převzal stát. V téže roce došlo k oddělení národního důchodového pojištění od národního pojištění. V roce 1952 se stala ambulatoria zdravotních pojišťoven součástí systému jednotné péče. [6] [8] [10]

V roce 1953 byla Ústřední národní pojišťovna zrušena a veškerý její majetek byl znárodněn. Z tohoto důvodu přestaly být vybírány příspěvky na zdravotní pojištění a financování zdravotní péče se dále uskutečňovalo v rámci státního rozpočtu, tedy z všeobecných daní. Tyto daně byly vyměřovány podle rodinného stavu jednotlivce. Nejméně platili lidé žijící v rodině (ženatý nebo vdaná s dítětem) a největší díl z příjmu okolo 25 % odevzdávali svobodní bezdětní lidé ve věku 25 až 50 let. Veškerá pravomoc v rámci zdravotnictví včetně financování ale i vzdělávání lékařského personálu spočívala na Ministerstvu zdravotnictví. Ministerstvo zdravotnictví rozdělovala podle potřeb a s velkým důrazem na efektivitu ze státního rozpočtu finance Krajským a Okresním národním výborům a ty potom dále Národním výborům nebo Městským národním výborům. Péče se tak stala bezplatnou, bez přímé úhrady a dostupná všem. [6] [8]

V roce 1958 došlo novelizací zákona z roku 1953 k přestavbě organizace československého zdravotnictví, což mělo za důsledek změny rolí odboru zdravotnictví a odboru financování. Od tohoto roku odbor zdravotnictví podával odborné rady, které ovšem měly váhu pouze doporučení, a finanční odbor nově převzal povinnost tohoto odboru přerozdělovat finance, aniž by měl povinnost řídit se návrhy odboru zdravotnictví. Tato drobná reorganizace v způsobu financování zapříčinila v pozdějších letech problémy s efektivitou financování. [6]

Propracovaný systém sítě nemocnic a orientace zdravotnictví na preventivní léčbu propojený s centralizací a direktivním řízením systému zaznamenal v 50. až 60. letech velké úspěchy. Československé zdravotnictví patřilo v té době k jednomu nejlépe fungujícím na světě, což dokládají statistiky o úmrtnosti, kdy Československo v 60. letech zaujímal 13. místo na světě (10. místo v Evropě) ve střední délce života. Dalšími pozitivy bylo vymýcení některých infekčních nemocí např. dětské obrny, které se dnes téměř nevyskytují. [6] [8] [10]

V pozdějších letech se začaly projevovat negativa v systému financování, kdy odbor financí nebyl schopen pružně reagovat na změny v oblasti péče zdraví. Přestože po boji s tuberkulózou a dalšími infekčními onemocněními vyskytujícími se po válce se přesunul zájem na boj s novými onemocněními jako na příklad zhoubná onemocnění, pohlavní nemoci, kožní onemocnění a jiná, socialistické zdravotnictví bylo silně limitováno nedostatkem financí na zakoupení moderních diagnostických přístrojů a na investice do výzkumu nových chorob. Navíc vinou zvýšeného stresu části obyvatelstva způsobeného nesvobodným politickým režimem, znečištěného ovzduší (rozvoj hutnického průmyslu) a škodlivých stravovacích návyků rostl počet kardiovaskulárních onemocnění a dalších nemocí podmíněných psychicky nebo psychosociálně (onemocnění trávicího traktu nebo různé neurózy a deprese). Tyto nedostatky se snažilo Ministerstvo kompenzovat zvyšováním lůžek a lékařského personálu, jehož platové ohodnocení bylo na velmi nízké úrovni. V důsledku nárůstu nových onemocnění, na která zdravotnická zařízení nebyla vybavena a tedy vzrůstající úmrtností obyvatelstva na tyto nové nemoci, se československé zdravotnictví během dvaceti let postupně propadalo z předních příček zdravotnických statistik až na dno žebříčku mezi nejzaostalejší země. [6] [8] [9] [10]

## **2.3 Transformace zdravotnictví po roce 1989**

Zdravotnictví na počátku transformace nese následující znaky:

- dokonale centralisticky uspořádaný systém poskytování zdravotní péče,
- nemocnice se zastaralou nemocniční technikou,
- podfinancovanost projevující se především na personální složce,
- vyšší úmrtnost a nižší střední délka života občanů v porovnání se západní Evropou.

Na základě negativních znaků byla nutná okamžitá reforma systému.

Bylo zachováno tzv. „právo na zdraví“ pro každého občana, které je zakotveno v Listině základních práv a svobod (hlava 4 Hospodářská, sociální a kulturní práva článek 31) dle které všichni občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon. [11]

Ovšem systém fungování zdravotnictví se měl zcela přeměnit. Byly stanoveny základní požadavky na nový systém:

- demokratizace a decentralizace systému zdravotní péče,
- odstranění monopolního postavení státu v poskytování zdravotnických služeb,
- nalezení chybějících finančních zdrojů důležitých pro zkvalitnění poskytovaných zdravotních služeb,
- adekvátní péče pro všechny občany,
- efektivní financování z více zdrojů (státní rozpočet, prostředky územní samosprávy, soukromé subjekty, pacienti),
- kontrola efektivního rozdělování zdrojů,
- povinné zdravotní pojištění pro všechny obyvatele,
- zvýšení odbornosti lékařů a jejich společenské prestiže. [9]

Tyto požadavky měly být naplněny s cílem vytvořit takový systém zdravotnictví, kterému nebude činit problémy rychle se přizpůsobovat potřebám pacientů, zdravotnickému personálu i trhu. [9]

Zákonem o veřejném zdravotním pojištění (zákon 550/1991 Sb., přepracován zákonem 48/1997 Sb.) bylo v roce 1992 zavedeno statutární pojištění. V témže roce zákonem o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky (zákon 551/1991 Sb.) byla založena naše nejstarší pojišťovna Všeobecná zdravotní pojišťovna. [5] [6]

Ve snaze vytvoření konkurenčního prostředí v sektoru zdravotních pojišťoven byl vydán Zákon o rezortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách (zákon č. 280/1992 Sb.). [6]

Vznik první zaměstnanecké pojišťovny se datuje již do roku 1992, kdy 6 velkých hutních a strojírenských společností na severní Moravě založilo Hutnickou zaměstnaneckou pojišťovnu (dále jen HZP). V letech 1992 až 1993 vznikla většina současných zdravotních pojišťoven. V roce 1994 vznikla Česká národní zdravotní pojišťovna (dále jen ČNZP), která se stala první pojišťovnou otevřenou všem pojištěncům bez ohledu na jejich obor a profesi. Postupně i ostatní zaměstnanecké pojišťovny začaly nabízet své služby klientům mimo jejich oborovou příslušnost. [12]

Celkem v této době do roku 1995 vzniklo 26 zaměstnaneckých pojišťoven, které se později postupně sdružovaly a tak se jejich počet snižoval. [6]

Roku 1993 skončilo rozdělování financí mezi jednotlivé pojišťovny ze státního rozpočtu a bylo zavedeno placení pojistného od zaměstnanců a zaměstnavatelů z části mzdy dle zákona o pojistném na všeobecném zdravotním pojištění (zákon 592/1992 Sb.). Systém pojištění tehdejší Československé federativní republiky se takto vrátil k Bismarckovskému modelu pojištění. [9]

Do roku 1997 byl používán pouze mechanismus platby za jednotlivý výkon, který se později ukázal být pro zdravotní pojišťovny velmi nákladný. Byla přidána tzv. kapitální platba používána ve většině úhrad zdravotní péče poskytnuté praktickým lékařem a pouze malá část úhrad dnes probíhá formou platby za výkon. [5]

V roce 2005 se systém přerozdělování zdravotního fondu zdokonalil a přešlo se na rozdělování pojistného na základě věku a pohlaví pojištěnce. V případě zvlášť nákladového pacienta, který v kalendářním roce vyžadoval úhradu zdravotní péče z veřejného pojištění nad výši třicetinasobku průměrných nákladů na jednoho pojištěnce v daném kalendářním roce, má pojišťovna nárok na náhradu 80 % nákladů nad tento třicetinasobek průměrného pojištěnce. [5]

Od roku 1993 dochází k rychlému odstraňování monopolního postavení státu v poskytování zdravotních služeb v ambulantní sféře (vznik soukromých praxí), nemocnic (vlastnictví nemocnic přechází na obec), lékáren (vznikají soukromé lékárny) ale i v síti distribučních a obslužných provozů nemocnic nebo lázeňské péče. [9]

Mezi léty 2000 až 2003 je prováděna reforma státní správy, která znamená zánik krajů a tedy převádění nemocnic pod působnost krajů (14 nově zřízených krajů) nebo nově vzniklých tzv. obcí s rozšířenou působností. Na kraje takto byl přenesen závazek zabezpečit pro všechny občany zdravotní péči v odpovídající kvalitě a dostupnosti jaká byla před převedením. Pro mnoho krajů se jednalo o velkou finanční zátěž, kterou se některé kraje rozhodly řešit změnou právní formy nemocnic z příspěvkové na obchodní společnost, převážně akciové společnosti, jejímž výhradním vlastníkem byl kraj. [9]



Tento krok byl kritizován ze strany odborné i laické veřejnosti a některé politické strany s poukazováním na možná rizika spojená s převedením nemocnic založených na principu neziskových organizací na společnost fungující na ziskovém principu se snažily tuto tendenci zastavit. [9]

## **2.4 Shrnutí vývoje zdravotního pojištění a financování zdravotní péče v České republice od roku 1918**

V roce 1918 převzalo nově vzniklé Československo z Rakouska-Uherska Bismarckův model zdravotního pojištění. Na konci 30. let tvořilo osu tohoto systému přibližně 300 nemocenských pojišťoven. V roce 1948 byla zavedena jediná Ústřední národní pojišťovna a povinné zdravotní pojištění pro celé obyvatelstvo. V roce 1953 byla tato pojišťovna zrušena a dokončena tak přeměna celého systému zdravotnictví dle principů Semaškova modelu zdravotního pojištění.

Tehdejší československé zdravotnictví patřilo v určitou dobu ke špičce díky dokonalé organizaci celého zdravotnictví a zdravotního stavu obyvatelstva. Ovšem postupně se začalo z hlediska zdravotního stavu obyvatelstva propadat až na dno žebříčku evropského zdravotnictví. Neflexibilní jednání, izolace od západního světa a další faktory způsobily krizi zdravotnictví a špatné fungování po finanční stránce řešené na úkor zdravotnického personálu.

Po změně režimu v roce 1989 započala transformace celého systému. V roce 1992 byla založena první zdravotní pojišťovna po tzv. Sametové revoluci a systém se navrátil k prvorepublikovému Bismarckově modelu zdravotního pojištění.

Potenciál propracované sítě poskytování zdravotní péče formovaný již od konce první republiky, se kterým socialistické zdravotnictví slavilo v 50. až 60. letech velké úspěchy, bohužel nebyl využit. Některé nemocnice kvůli finančním problémům byly nuceny skončit svoji činnost a síť poskytovatelů nemocniční péče z dob socialismu tak byla narušena.

Kvalita poskytované zdravotní péče se během transformace zdravotnictví srovnala na úroveň poskytované zdravotní péče v západní části Evropy, ale podfinancovanost

celého systému dále přetrvává. Naopak rychlá a ukvapená řešení v 90. letech v podobě vydání nedokonalých a příliš liberálních zákonů i přes různá opatření a novelizace těchto zákonů finanční problémy ještě více prohloubila a měla za následek, že v průběhu dalších let výdaje na zdravotnictví nadále rostly. Prozatím žádnému z 18 ministrů zdravotnictví se do roku 2012 nepodařilo prosadit ucelenou reformu financování a systému českého zdravotnictví, která by podfinancovanost zdravotnictví vyřešila. [9]

### **3 Současný systém zdravotního pojištění a financování zdravotní péče v České republice**

Financování zdravotní péče v České republice je spojeno s pojišťovacím trhem zdravotních pojišťoven. Veškeré finance plynou od občanů ČR směrem ke zdravotním pojišťovnám, jsou přerozděleny mezi jednotlivé zdravotní pojišťovny a pak slouží jako úhrady zdravotní péče poskytovatelům zdravotních služeb, kteří mají s pojišťovnami platné smlouvy.

Tyto vazby mezi pojištěnci, zdravotními pojišťovnami a poskytovateli zdravotní péče zachycuje zjednodušeně schéma organizační struktury českého zdravotnictví v příloze A.

#### **3.1 Finanční toky v systému zdravotního pojištění**

V České republice funguje systém statutárního zdravotního pojištění, což v praxi znamená, že každý občan trvale žijící na území ČR nebo zaměstnán u zaměstnavatele se sídlem na území ČR musí být pojištěn u jedné ze zdravotních pojišťoven. Toto pojištění funguje na základě solidarity zdravých s nemocnými.

Vyjmuti z tohoto pojištění jsou dle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů (dále jen zákon č. 48/1997 Sb.) zaměstnanci na území ČR, ale bez trvalého pobytu zde u zaměstnavatele, který nemá sídlo firmy na území našeho státu či u zaměstnavatele, který požívá diplomatických výhod a imunit. [13]

Ze zákona vyplývá, že povinně pojištěný nemůže z tohoto systému vystoupit ani při dlouhodobém pobytu v cizině. V tomto případě může pouze přerušit pojištění, ale pouze za splnění určitých podmínek daných zákonem. [13]

Narozené dítě se po narození stává pojištěncem pojišťovny, u které je vedena jeho matka. Ta je ovšem povinna neprodleně nejpozději do 8 dnů od data narození dítěte tuto skutečnost nahlásit u své zdravotní pojišťovny dle zákona č. 48/1997 Sb. § 10 odst. 6. [13]

Každý pojištěnec má právo jednou do roka změnit svojí zdravotní pojišťovnu. Na základě novely zákona č 48/1997 Sb. platné od konce prosince roku 2011, pokud si pojištěnec přeje změnit zdravotní pojišťovnu s platností od 1. 1. následujícího roku, musí tak učinit minimálně půl roku před touto dobou tedy do konce měsíce června. S přihláškou podanou po tomto datu musí pojištěnec počítat s registrací až o rok později. Výjimku tvoří tzv. první přeregistrace a to novorozenců. Ta je možná kdykoli během roku s registrací k 1. 1. následujícího roku, přestože není splněna minimální lhůta půl roku uvedená u výše jmenovaného předpisu. [13]

Každý z pojištěnců pobírající mzdu či plat je povinen odvádět státu zdravotní pojistné. Sazba zdravotního pojistného je pevně určena jako 13,5 % z vyměřovacího základu platu či mzdy a dělí se mezi zaměstnance a zaměstnavatele v poměru 1:2 (4,5 % zaměstnanec a 9 % zaměstnavatel).

Do systému zdravotního pojištění plynou příjmy z výběru pojistného nejen od zaměstnanců a zaměstnavatelů, ale dále ještě od osob samostatně výdělečně činných (dále jen OSVČ), osob bez zdanitelných příjmů (dále jen OBZP) a osob za které je plátcem pojistného stát (financemi ze státního rozpočtu) tzv. státní pojištěnce. [14]

Na OSVČ se vztahuje stejná sazba jako na zaměstnance spolu se zaměstnavateli a to 13,5 % z vyměřovacího základu. Dle platné legislativy je pro rok 2013 minimální výše měsíčního vyměřovacího základu pro zdravotní pojištění stanovena jako částka Kč 12 942 (50 % z průměrné měsíční mzdy – pro rok 2013 je její výše stanovena na Kč 25 884) a minimální měsíční záloha na pojistné Kč 1748 po zaokrouhlení. [14]

U OBZP je stanovena povinnost platit měsíčně pojistné ve výši 13,5 % z vyměřovacího základu. V tomto případě se dle zákona jedná o 13,5 % z minimální mzdy platné na konkrétní rok. Současná minimální platná mzda je od 1. ledna roku 2007 určena na částce Kč 8 000 z toho vyplývá, že měsíční pojistné na zdravotní pojištění, které musí OBZP zaplatit, je pro rok 2013 ve výši Kč 1 080. [14]

Dle zákona č. 48/1997 Sb. za určité osoby platí pojistné stát. Podle § 3c zákona č. 592/1992 Sb. stát platí 13,5 % z vyměřovacího základu, což je 25 % z průměrné mzdy. Od roku 2010 zůstává vyměřovací základ pro platbu pojistného

státem stanoven ve výši Kč 5 355 na měsíc. Tomu odpovídá částka Kč 723 za jednoho pojištěnce za jeden měsíc. [15]

K 31. 12. 2011 bylo těchto pojištěnců více než 6 milionů a náklady na ně při výše zmíněné částce pojistného dosahovaly téměř Kč 53 mld. (nejčastější druhy osob, za které dle zákona platí pojistné stát, jsou uvedeny v Příloze B). [16]

Celkové příjmy zdravotních pojišťoven získané z plateb zdravotního pojištění všech účastníků tohoto systému byly v loňském roce 2011 o 2,2 % vyšší než v předchozím roce a vyšplhaly se na částku Kč 220, 391 mld. [17]

Tyto příjmy jsou pak dále přerozdělovány. Administrativou ohledně přerozdělování těchto financí je pověřena Všeobecná zdravotní pojišťovna. Od roku 2005 dle vyhlášky č. 644/2004 Sb., o pravidlech hospodaření se zvláštním účtem všeobecného zdravotního pojištění, průměrných nákladech a o jednacím řádu dozorčího orgánu (v platnosti od 1. 1. 2005) je ustanoveno, že 100 % výběru pojistného podléhá přerozdělování. Kritériem v přerozdělování je počet pojištěnců rozdělených podle věku a pohlaví na 36 věkových skupin v intervalu pěti let zvlášť muži a zvlášť ženy (skladba pojistného kmene), přičemž ke každé skupině je přidělen nákladový index (celkem tedy 36 nákladových indexů). [18]

Nákladovost pojištěnců je zohledňována prostřednictvím těchto indexů. Díky tomuto způsobu přerozdělování je zohledněno riziko nákladovosti zdravotní péče u jednotlivých pojištěnců dle věkových skupin a pohlaví.

Prozatím je výběr a následné přerozdělení pojistného plně v kompetenci zdravotních pojišťoven, ovšem je již rozjžděn zcela nový projekt MF ČR s podporou EU. Jedná se o zavedení tzv. Jednoho inkasního místa (dále jen JIM), kde by se během několika let měly soustředit veškeré odvody daňových poplatníků státu jako např. daně, sociální pojištění, zdravotní pojištění ale i clo a další na jedno místo pod Finanční správu ČR. Dojde tak ke zjednodušení a občan bude v budoucnosti jednat pouze s jednou osobou skrze daně nebo i odvodu zdravotního a sociálního pojištění. MF ČR si jako cíl projektu uvádí především úspory administrativních nákladů spojených se správou daní a sociálního a

zdravotního pojištění na straně státu i na straně daňových subjektů. JIM by mělo nabýt účinnosti k 1. lednu 2014. [19]

V nově vzniklém zákoně č. 458/2011 Sb., o změně zákonů související se zřízením JIM a dalších změnách daňových a pojistných zákonů jsou v části šestnácté tohoto zákona uvedeny změny týkající se všeobecného zdravotního pojištění. Dle tohoto zákona bude zřízen zvláštní účet přerozdělování veřejného zdravotního pojištění a správcem pojistného se nově stane příslušný orgán Finanční správy ČR. [20]

Tímto se veškeré příspěvky zdravotního pojištění za pomoci jednoho zvláštního účtu přesměrují pod státní správu MZ ČR a zdravotní pojišťovny již nebudou spravovat výběr zdravotního pojištění, ale budou pouze už jen přijímat od státu svojí část pojistného přepočteného podle skladby pojistného kmene. [20]

Zdravotní pojišťovny uzavírají smlouvy s poskytovateli zdravotní péče, na jejímž základě jsou klienti těchto pojišťoven (pojištěnci) těmito poskytovateli ošetřováni. Přesto v případě akutního zdravotního problému musí ze zákona zdravotnické zařízení poskytnout akutní péči i pojištěnci s jehož pojišťovnou nemá dotyčné zařízení smlouvu.

Soukromá zdravotní zařízení – kliniky, poskytující vysoce nadstandardní péči převážně z estetické chirurgie zpravidla nemívají smlouvu se žádnou ze zdravotních pojišťoven. Jejich zákroky si pacienti klinik platí hotově formou přímé úhrady. Ostatní zdravotnická střediska fungují na bázi veřejné zdravotní péče, tedy poskytují bezplatnou péči pacientovi, kterou jim propláci pacientova zdravotní pojišťovna.

Smlouvy se zdravotnickými zařízení se uzavírají formou kolektivního vyjednávání tzv. Dohadovacích řízení mezi zástupci zdravotních pojišťoven (Všeobecná zdravotní pojišťovna a Svaz zdravotních pojišťoven) a zástupci asociací poskytovatelů zdravotní péče (např. Asociace českých a moravských nemocnic). Z tohoto vyjednávání vzejdou jednotlivé Rámcové smlouvy, které zásadně ovlivňují vlastnosti smluv, na jejímž základě zdravotní pojišťovny proplácejí zdravotním zařízením zdravotní péči. Předmětem Dohadovacího řízení, jehož výsledky musí potvrdit dle zákona MZ ČR (vydáním tzv. Úhradové vyhlášky), jsou mimo jiné i výše cen zdravotní péče, které za určitých okolností může určit i samo MZ ČR. Jedná se o případ, kdy se zástupci zdravotních

pojišťoven a zástupci asociací poskytovatelů zdravotní péče nedohodnou na vhodném kompromisu a je tedy nutné, aby ceny určilo přímo MZ ČR.

Platba poskytovatelům zdravotní péče probíhá na základě kombinace několika různých mechanismů. Dříve používaná výkonová platba sloužila lékařům jako motivace k vysokému počtu výkonu, což naopak pro zdravotní pojišťovny bylo z hlediska vysokých nákladů nevýhodné. V dnešní době je tato platba za výkon využívána především ambulantními specialisty. Každému výkonu je přidělen určitý počet bodů, přičemž cena jednoho bodu je dána vyhláškou MZ ČR a na základě výsledků Dohadovacího řízení mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli zdravotní péče se mění. Cena bodu je různá pro fyzioterapeutické výkony (Kč 0,80 za 1 bod), preventivní péči (Kč 1,45 za 1 bod) a ostatní výkony. Ve srovnání ceny za bod u praktického lékaře nebo specialisty se jedná o minimální rozdíly v setinách korun. [5]

V primární péči tento mechanismus úhrady byl zachován, ale pouze z části např. u preventivní péče, podávání infúzí apod. Až 80 % výše úhrad je uhrazováno na principu kapitační platby. Jedná se o tzv. platbu „za hlavu“ tedy za počet pacientů registrovaných u lékaře. Ten dostává na každého svého pacienta určitou roční částku závislou na věku pacienta. [5]

Každá pojišťovna dle zákona stanovuje svojí cenu za tzv. kapitační jednici pohybující se okolo částky Kč 45 až 50. Tato částka je násobena koeficientem určeným dle věku pacienta a výsledná částka je proplácena měsíčně praktickému lékaři tohoto pacienta. Celkem existuje 18 věkových skupin v rozmezí 5 let s koeficienty oscilujícími okolo hodnoty 1:

- koeficienty věkových skupin 0 až 14 let  $> 1$
- koeficient věkové skupiny 15 až 19 let  $= 1$
- koeficienty věkových skupin 20 až 29 let  $< 1$
- koeficient věkové skupiny 30 až 34  $= 1$
- koeficienty věkových skupin 35 a více  $> 1$

U novorozenců do 4 let věku a věkových skupin nad 70 let je tento koeficient 2krát až 3krát vyšší než u 30 let starých pacientů. Takto se vyrovnávají náklady na pojištění

z hlediska premisy, že vyšší náklady na zdravotní péči požívají děti nízkého věku a starší lidé od 39 let výše. [21]

Výše kapitačních plateb je dále omezena počtem pacientů a od určitého počtu registrovaných pacientů platba na „kapitační jednici“ klesá. Zdravotní pojišťovna při překročení určitého počtu registrovaných pacientů již na další pacienty neplatí, což odůvodňuje tvrzením, že při nad určitý počet pacientů klesá kvalita péče, protože lékař každému z nich není schopen dát potřebnou kvalitu péče závislou na jeho čase. [5] [21]

Nemocniční péče je oceňována ve formě paušální platby dle výše úhrad nemocnici v referenčním období, které udává Úhradová vyhláška (aktuální č. 425/2011 Sb. udávala pro rok 2012 referenční období rok 2010). U každé nemocnice je tato platba rozdílná, a proto je její výše posuzována hodnotícími kritérii. Těmi je např. využití lůžek, průměrná doba léčení (ošetřovací doba), počet hospitalizovaných osob na jednoho zdravotnického pracovníka nemocnice apod. [21]

Další formou úhrady je platba za tzv. lůžkoden neboli, jak i název vypovídá, jedná se o pevnou částku za den pobytu pacienta, která je různá podle typu oddělení, na kterém pacient leží. Může být zneužívána pro prodlužování pobytu pacienta v nemocnici, což je podle Ing. Rejhové ředitelky pobočky OZP v Hradci Králové jeden z důvodů snižování lůžek akutní péče v některých zdravotnických zařízeních. Podle Ing. Rejhové je počet těchto lůžek vyšší než je nezbytně nutné a z tohoto důvodu lékaři protahují pobyt pacienta v nemocnici na delší dobu než je potřebné pro pacientovo plné uzdravení.

Akutní péče je financována mimo jiné i dle systému DRG (diagnostic related groups) – platba za diagnózu (nebo jí příbuznou diagnózu), každý pacient je přiřazen do jedné z 25 diagnostických skupin podle své diagnózy. Tento systém platby vychází z předpokladu, že existuje srovnatelnost nákladů na léčbu pacienta s podobnou diagnózou a předepsanou léčbou. Rozlišovacími kritérii je mimo jiné, i zda se pacient podrobil konzervativní léčbě nebo chirurgickému zákroku, jeho věk, pohlaví, dlouhodobá onemocnění komplikující léčbu apod.

Přestože je tento systém v České Republice v platnosti až od 1. 1. 2006 začal se uplatňovat v ČR již v roce 1997 a postupně se rozšiřoval do dalších nemocnic. [22]



Do zdravotní péče plynou mimo výdajů veřejných od zdravotních pojišťoven i platby pacientů. Největší část těchto plateb tvoří tzv. Regulační poplatky v platnosti od roku 2005. Pokud se nejedná o preventivní prohlídku, na kterou má každý pacient nárok např. jednou za dva roky praktického lékaře nebo první návštěva u stomatologa v roce a další, je pacient povinen u lékaře nebo v ambulancích platit poplatek Kč 30, za návštěvu na pohotovosti Kč 90, za pobyt v nemocnici Kč 100 a za recept Kč 30. Dále je stanoven tzv. ochranný limit Kč 5000 (respektive 2500 pro nezletilé a důchodce) na jeden rok. Při překročení této částky jsou další náklady na regulační poplatky zpětně vráceny pojištěnci. Regulační poplatky se řídí zákonem č. 48/1997 Sb. § 16a s názvem „Regulační poplatky“, kde je mimo jiné přesně stanovena výše regulačních poplatků, podmínky placení nebo i osoby, které jsou z povinnosti regulačních poplatků vyjmuti. [13]

Mimo tyto poplatky se dále počítají velmi časté platby za výkony u stomatologa, kde je pouze minimální počet výkonů a pouze v základní verzi hrazen zdravotní pojišťovnou a z tohoto důvodu si pacient musí za kvalitní péči a ošetření připlatit.

Dalšími soukromými výdaji mohou být i platby za estetické a podobné zákroky, které nejsou schváleny revizním lékařem pacientovy zdravotní pojišťovny. Ve většině případů tyto zákroky provádí již výše zmiňované soukromé kliniky, které nemají smlouvu se zdravotní pojišťovnou, a pacient si u nich léčbu musí hradit sám podle předem známého platného ceníku kliniky.

Celkově se soukromé výdaje v roce 2011 dle předběžných údajů vyšplhaly na Kč 46,376 mld. tedy celkově 16,1 % spoluúčasti pacientů na výdajích na zdravotnictví. Tento údaj Českou republiku z pohledu zdravotnických statistik zveřejněných OECD řadí mezi země s nižší spoluúčastí. Celkové výdaje na zdravotní péči dosáhly v roce 2011 částky Kč 217,653 mld. [4] [17] [23]

Finanční toky u zdravotních pojišťoven byly následující.

Výdaje zdravotních pojišťoven: Kč 225,547 mld.

Příjmy zdravotních pojišťoven: Kč 220,391 mld.

Deficit: Kč 5,156 mld.

Dle informací MZ ČR pro tento rok skončily všechny zdravotní pojišťovny v červených číslech a téměř všechny finance rezervních fondů jsou vyčerpány. [17] [23]

### **3.1.1 Slabiny a hrozby ve finančních tocích**

V soustavě finančních toků současného zdravotnického systému lze definovat několik slabých míst podílejících se na současné nerovnováze u finančních toků v systému veřejného zdravotního pojištění. Těmi jsou:

- vysoký podíl státních pojištěnců, za které stát platí nízké pojistné,
- stárnutí populace přinášející vyšší náklady a nižší příjmy do systému,
- zvyšující se podíl závislých na nikotinu a obézních lidí.

#### **Nízké pojistné za státní pojištěnce a stárnutí populace**

Neplnohodnotné pojistné za státní pojištěnce je námětem mnoha diskusí při hledání řešení na současnou krizi financování a především Svaz pacientů kritizuje výši pojistného, která v současnosti činí pouhých 723 korun a nepředstavuje tak plnohodnotné pojistné, ale pouze „příspěvek“.

Dle údajů ČSÚ ke dni 3. 10. 2012 byla průměrná hrubá mzda v ČR Kč 24 626. Při této mzdě průměrný zaměstnanec a zároveň plátcе zdravotního pojištění odvádí částku Kč 1 109 na zdravotní pojištění, jeho zaměstnavatel pak za něho platí dvojnásobek Kč 2 217, celkem Kč 3 326 je příspěvek na zdravotní pojištění z průměrné hrubé mzdy za měsíc. [24]

V porovnání se státním příspěvkem ve výši 723 korun za každého z více než 6 milionů státních pojištěnců představuje tento příspěvek pouze pětinu z celkové výše jmenované částky zdravotního pojistného od zaměstnanců a zaměstnavatelů.

Argumentováno je především faktem, že příjmy na zdravotní péči od aktivních plátců jsou z hlediska výdajů na jejich zdravotní péči využity pouze z poloviny, což zde vytváří prostor pro nižší platby za státní pojištěnce. V případě, že by stát měl platit za své pojištěnce stejnou částku, jako aktivní plátcі vytvářel by se u zdravotních pojišťoven

přebytek. Ovšem vzhledem k tomu, že se současnou výší příjmů z veřejného zdravotního pojištění vykazují všechny zdravotní pojišťovny deficit, určité navýšení platby by mohlo být řešením na tento problém.

Při současném deficitu zdravotních pojišťoven, který činí Kč 5 mld., postačí minimální navýšení nákladů státu za státní pojištěnce za účelem vyrovnání tohoto deficitu o Kč 69 na částku Kč 792. Jednalo by se o navýšení o 9,6 % a při počtu 6,07 milionů státních pojištěnců by toto opatření představovalo zvýšení nákladů státu o Kč 5 025 960 tis., aniž by se narušila nezávislost veřejného zdravotního pojištění na státním rozpočtu, jak argumentuje stát v případě, že by stát platil plnohodnotné pojistné odvíjející se z průměrné mzdy za více než 60 % plátců. [5]

Na druhou stranu výdaje na státní pojištěnce pocházejí ze státního rozpočtu, jehož jediným příjmem jsou daně. Současný rozpočet na rok 2013 dle MF ČR vykazuje deficit Kč 100 mld. Splacením deficitu zdravotních pojišťoven by se navýšil o více než Kč 5 mld. Z toho vyplývá, že tento návrh na zvýšení příspěvku za státní pojištěnce by v době snižování nákladů na jednotlivé resorty včetně MF ČR i MZ ČR jako řešení finanční krize zdravotnictví nezískal dostatečnou podporu. [25]

Na druhou stranu je zákonem dané, že případný deficit největší pojišťovny VZP řeší stát v podobě finanční injekce. S každoročně zvyšujícím se deficit VZP se státní rozpočet za těchto okolností navýšení nevyhne.

S nízkým příspěvkem za státní pojištěnce těsně souvisí stárnutí populace a tedy další zvyšování státních pojištěnců.

Stárnutí populace je současný fenomén západní Evropy, kdy se díky pokrokům v medicíně zvyšuje věková hranice naděje dožití a zároveň se snižuje porodnost. Jedná se o skutečnost, kterou lze velmi těžko ovlivnit. Určitou možností je zacílení politiky státu na podporu zvýšení porodnosti. Např. zvýšení rodičovského příspěvku, výhody rodinám s dětmi apod., což si ale žádá další státní výdaje. Takové řešení si tak žádá podrobnou studii ve formě porovnání nákladů vynaložených na zvýšení porodnosti a jejich návratnosti s příjmy, které by byly získány v případě zvýšení počtu aktivně činných obyvatel. Navíc

návratnost takové investice je v řádech desítek let a je dále podmíněna dalšími faktory ve formě fungující ekonomiky a trhu práce s dostatečným počtem pracovních míst.

Stárnutí populace představuje pro zdravotnictví problém především z hlediska nákladovosti. Podle zdravotnické ročenky 2010 tvořili v roce 2009 lidé starší 64 let 15 % celkového obyvatelstva a průměrné náklady na tyto věkové skupiny od 64 let výše se pohybovaly v rozmezí Kč 43 975 až 60 809 na jednoho důchodce, přičemž náklady na muže byli v průměru o Kč 9 tis. vyšší než na ženu. Ve srovnání s průměrnými náklady na jednoho pojištěnce se jedná o 2krát až 3krát vyšší náklady na zdravotní péči než je průměr. Oproti tomu u nejméně nákladově náročné věkové skupiny 20 až 24 let jsou průměrné náklady poloviční. Vzhledem k tomu, že lidé starší 64 let se řadí mezi státní pojištěnce, je naopak jejich příspěvek na veřejné zdravotní pojištění 5krát nižší než příspěvek z průměrné mzdy pracovních obyvatel. Z tohoto pohledu je napadána solidárnost pracujících, mladých a zdravých se starými a nemocnými, na které stát přispívá pouhý příspěvek. [26]

Z tohoto faktu lze tvrdit, že se zvyšováním podílu věkových skupin nad 64 let se zvyšují průměrné výdaje na zdravotní péči a zároveň snižují příjmy. Tento fakt prozatím nepotvrzují statistiky za rok 2011, kdy došlo k 1,5% zvýšení nákladů, ale taktéž 2,2% zvýšení příjmů. [17]

Přesto zvyšující se počet nejnákladnějších poživatelů zdravotní péče, kdy dle prognóz ČSÚ do roku 2050 naroste podíl lidí starších 65 let až na 31 % část obyvatel ČR (dle střední varianty), může při ponechání současného poměru rozložení příjmů a nákladu na státního pojištěnce u ZP představovat do budoucna hrozbu. [27]

### **Zvyšující se podíl závislých na nikotinu a obézních lidí**

Další hrozbou a zároveň slabým místem principu solidarity, na kterém je financování zdravotní péče postaveno, je zvyšující se podíl lidí závislých na nikotinu a lidí s obezitou.

Jak ukazují statistiky ÚZIS a OECD počet závislých na tabákových výrobcích se v ČR prudce zvyšuje, především, což je o to varovnější, díky vysokému počtu mladistvých. Podobné statistiky vykazuje i sledování počtu lidí s nadváhou či obezitou v české populaci.

Dle statistik je v ČR:

- 2 300 tis. kuřáků
- z toho 250 tis. dětí a mladistvých,
- denně kouří 24,6 % dospělé populace (údaje za rok 2009) [4] [28]

V absolutním čísle na přibližný počet 8,6 milionů dospělé populace ČR v roce 2009 připadá 2,1 milionů občanů ČR starších 18 let kouřících denně cigarety. [29]

Naproti tomu lidí trpících obezitou nebo nadváhou je v současné dospělé populaci v ČR 57 až 58 % obyvatelstva (přibližně 5 milionů občanů ČR). [30]

Dle studie Státního zdravotního ústavu na základě několikaletých měření ÚZIS ČR bylo v roce 2008 v ČR zaznamenáno 62,5 % mužů a 46,5 % žen s obezitou či nadváhou. Statistické údaje OECD z roku 2009 o ČR lze shrnout do následujících dat:

- 17 % žen a 18 % mužů dospělé populace je obézních,
- 18,9 % a 24,6 % chlapců v dětské populaci trpí nadváhou včetně obezity,
- každé 5. dítě ve věku 7 let trpí nadváhou či obezitou,
- 11. místo v rámci OECD z pohledu dětské obezity,

ve srovnání s průměrem v OECD:

- 17,2 % u žen a 16,6 % u mužů dospělé populace je obézních,
- 21,4 % dívek a 22,9 % chlapců trpí nadváhou či obezitou,

především u mužů a chlapců se ČR nachází nad průměrem ve výskytu obezity a nadváhy. [4] [31]

Přitom obezita zvyšuje pravděpodobnost cukrovky 2. typu a vysokého krevního tlaku. Naopak kouření způsobuje cévní a srdeční onemocnění a k tomu zvyšuje riziko vzniku novotvarů především rakoviny plic, nemoci kardiovaskulárního systému, nemoci dýchací soustavy a další, jak bylo prokázáno dle několikaletého šetření mezi kuřáky. Obojí jak obezita či kouření způsobuje cévní a srdeční onemocnění. [30] [32]

Tato onemocnění podle statistik ČSÚ v roce 2011 spotřebovala přibližně čtvrtinu celkových výdajů veřejného zdravotního pojištění:

- léčba novotvarů: 19,666 mld. (9 %),
- nemoci oběhové soustavy resp. kardiovaskulárního systému: 26,932 mld. (12 %),
- nemoci dýchací soustavy: 8, 520 mld. (4 %). [33]

Nemocní s rakovinou plic jsou z 90 % kuřáci, 15 % nemocných trpících onemocněním kardiovaskulárního systému jsou osoby závislé na nikotinu, každé 5. úmrtí způsobuje kouření, tedy celkem 18 000 kuřáků ročně umře na následky kouření. Polovina kuřáků umírá v průměru o 15 let dříve, než je jejich naděje dožití tzn., že každá cigareta je připravuje o 30 minut života. [32]

Kouření zhruba zdvojnásobuje riziko cukrovky v dospělosti. Navíc (především vlivem na cévy – většina diabetiků umírá právě na nemoci cév) významně zvyšuje riziko komplikací cukrovky. Jsou to nemoci ledvin (diabetická nefropatie), očního pozadí (slepota v důsledku poškození sítnice, diabetická retinopatie) nebo cévního zásobení končetin (kolem 70 % amputací u diabetiků je kvůli kouření). [32]

Aktivní ale i pasivní kouření způsobuje poškození cév a zvyšuje tak riziko infarktu. Stačí pouhých pár cigaret nebo pobyt v zakouřeném prostoru, aby došlo k poškození cév a zvýšilo se tak riziko infarktu, ale naopak již po dni bez cigaret se toto riziko snižuje až o třetinu. Děti z rodin kuřáků častěji trpí záněty středního ucha nebo leukémií. V zemích, kde přijali naprostý zákaz kouření v uzavřených veřejných prostorech, již od druhého dne klesl počet infarktů v průměru o 17 %. Kdyby se počet infarktů u nás snížil jen o 15 %, ubylo by celkem 450 infarktů za měsíc, 5400 za rok. Ročně by tedy teoreticky ubyly náklady na poskytnutou zdravotní péči u 5400 případů prodělaných infarktů, kdyby se v našich restauracích nekouřilo. [32]

Tyto zjištění nepřímě potvrzují tvrzení, že se snížením počtu obézních ale především závislých na nikotinu se sníží počet onemocnění kardiovaskulárního a dýchacího systému a zároveň nákladů na léčení těchto onemocnění.

Určitou kompenzací za výdaje na nemoci způsobené kouřením tabákových výrobků by mohla představovat spotřební daň z tabákových výrobků. Část z výnosů z prodeje tabákových výrobků by tak částečně pokryla vzniklé výdaje na léčbu závislých na nikotinu. Na druhou stranu spotřební daň je jedním z příjmů státního rozpočtu. Odečtením části tohoto příjmu by se sice částečně zacelily chybějící finance ZP a vyřešila by se částečná nespravedlnost v systému solidárnosti nekuřáků s kuřáky, ale vše by se odehrálo na úkor státního rozpočtu hospodařícího s deficitem, z tohoto důvodu stát nezasahuje do tohoto problému.

### **3.2 Poskytovatelé zdravotní péče**

K datu 31. 12. 2011 ve všech zdravotnických zařízeních včetně 20 121 samostatných ordinací pracovalo 46 422 lékařů a více než 107 023 samostatných zdravotnických pracovníků nelékařů. V průměru připadá na 1 lékaře 226 obyvatel. V soukromých zařízeních pracovalo až 70 % lékařů a necelých 60 % nelékařského personálu. [34]

Plat ve zdravotnictví se řídí nařízením vlády č. 564/2006 Sb. § 5 a odst. 3 a 4 a dle tabulky Stupnice platových tarifů podle platových tříd a platových stupňů pro zaměstnance (dále jen Stupnice platových tarifů), ve které je stanoven zaměstnanci dle délky praxe a zařazení do platové třídy (dané dle kvalifikace) tzv. tarifní plat. Jedná se o základní hrubý měsíční příjem za standardní pracovní dobu 40 hodin týdně. Hodnocení lékařů a zubních lékařů (dále jen lékařů) se řadí do 11., 12., 13. a 14. platové třídy. Do 11. platové třídy je zařazen absolvent medicíny po nástupu do zaměstnání, do 12. platové třídy náleží lékař po první atestaci, 13. platové třídy po splnění nadstavbové specializační atestace a 14. platová třída je určena pro lékaře s druhou nepovinnou oborovou atestací. [35]

Průměrný měsíční plat ve zdravotnictví činil v roce 2011 Kč 29 188 hrubého a průměrná měsíční mzda Kč 24 740 hrubého. Průměrný plat lékařů byl v roce 2011 Kč 57 687 hrubého, přičemž tarifní plat se na tomto průměrném platu podílel 51 %. [36]

Z pohledu věkové struktury lékařů primární péče včetně praktických lékařů v oborech gynekologie nebo stomatologie lze říci, že složení praktických lékařů stárne. Celkově více než 70 % praktických lékařů je starších 50 let. [26]

### 3.2.1 Problémy poskytovatelů zdravotní péče v rámci financování zdravotní péče

Stárnutí populace lékařů již v současnosti představuje v systému poskytování zdravotní péče hrozbu v nedostatku lékařů. Tato skutečnost může souviset s dlouhodobou nespokojeností lékařů s jejich platovými a mzdovými podmínkami, která vyúsťuje v pravidelné stávky lékařských odborů. Tato nespokojenost přetrvává přestože v posledních letech docházelo ke zvyšování mezd lékařů, jak ukazuje následující Tabulka 1 obsahující srovnání průměrných mezd lékařů (v tabulce průměrná mzda), průměrných platů lékařů (v tabulce průměrný plat) a průměrného tarifního platu lékařů (v tabulce tarifní plat) s celkovou průměrnou mzdou obyvatelstva ČR pomocí absolutních hodnot a meziročních přírůstků (dále jen m. p.). Celkově při srovnání procentuálních změn hodnot průměrných příjmů v roce 2008 a v roce 2011 doznal průměrný příjem lékařů o 13 p.b. vyšší změny než průměrná mzda celkově v ČR.

*Tabulka 1 Srovnání průměrných mezd/platů lékařů s průměrnou mzdou v ČR*

	<b>2008</b>	<b>m. p.</b>	<b>2009</b>	<b>m. p.</b>	<b>2010</b>	<b>m. p.</b>	<b>2011</b>	<b>m. p.</b>	<b>změna</b>
<b>průměrná mzda</b>	43 767	7,9%	47 266	8,0%	49 223	4,1%	55 514	12,8%	26,84%
<b>průměrný plat</b>	45 781	5,6%	48 723	6,4%	50 235	3,1%	57 687	14,8%	26,01%
<b>tarifní plat (průměr)</b>	22 557	-	23 431	3,9%	24 296	3,7%	29 326	20,7%	30,01%
<b>průměrná mzda v ČR</b>	22 653	8,2%	23 598	4,2%	26 881	13,9%	25 645	-4,6%	13,21%
<b>míra inflace</b>	6,3		1,0		1,5		1,9		

Zdroj: Vlastní zpracování dle [36] — [43]

Srovnání s mírou inflace ukazuje, že pouze v roce 2008 průměrný plat lékařů byl zvýšen pouze nominálně ovšem ne reálně, protože míra inflace byla vyšší než zvýšení průměrného platu.

Nejvyšší celkovou změnu v období 2008 až 2011 zaznamenal průměrný tarifní plat. Částečnou příčinou této změny bylo zvýšení platových tarifů přibližně o 7 % jejich původních hodnot dle novelizace nařízení vlády č. 564/2006 Sb. Zvyšování průměrného tarifního platu pramení z určité části i ze stárnutí věkové struktury lékařů, protože s délkou praxe, ale také zvyšováním kvalifikace, se zvyšuje hodnota tarifního platu. V porovnání průměrného tarifního platu v roce 2008 a v roce 2010, kdy se absolutní hodnoty ve Stupnici platových tarifů neměnily, došlo k nárůstu přibližně o 7, 7 %, které mohlo zapříčinit pouze stárnutí a zvyšování kvalifikace lékařského personálu.



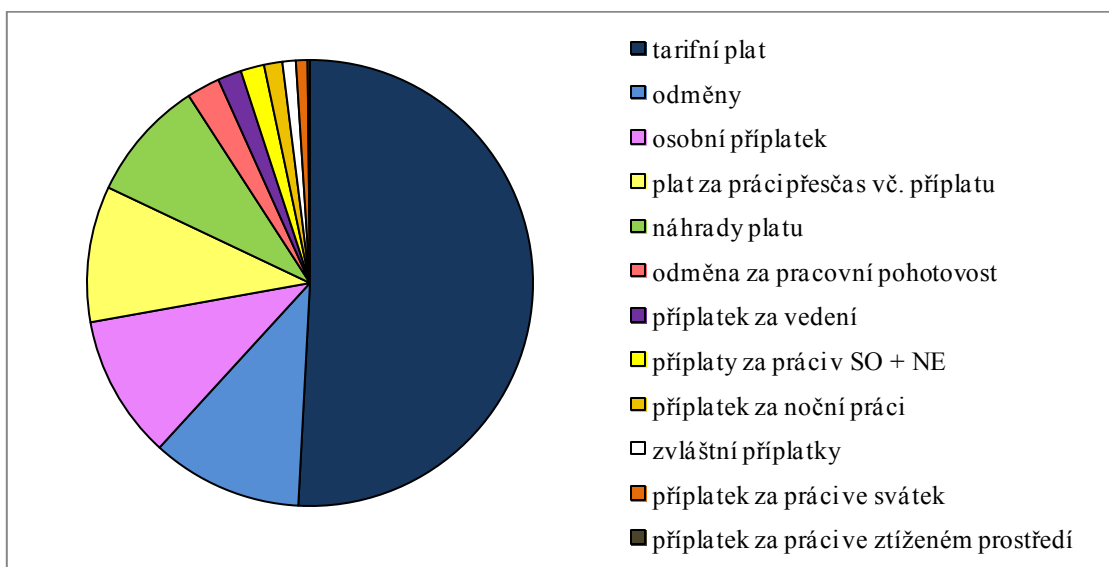
Dle Stupnice platových tarifů v 11. platové třídě je nástupní plat absolventa Kč 17 340 hrubého. Z průměrného evidenčního počtu státních zaměstnanců ve zdravotnictví celkem 12 411 lékařů je 6,3 % lékařů zařazeno v 11. platové třídě. Rozdělení zbylého podílu 93,7 % ostatních lékařů do 12., 13. a 14. třídy zobrazuje následující Tabulka 2 spolu s průměrným platem a tarifním platem v této třídě. [35]

*Tabulka 2 Průměrný plat lékařů dle platových tříd*

platová třída	průměrný tarifní plat [Kč]	průměrný plat [Kč]	podíl lékařů
12.	21 867	38 654	23,80%
13.	27 563	49 613	12,30%
14.	32 780	66 511	57,60%
<b>průměrný přepočtený evidenční počet lékařů</b>			<b>12411</b>

Zdroj: Vlastní zpracování dle [36]

Celkem 7 149 lékařů placených státem má splněnou 2. atestaci, kterou je možné vykonat přibližně po 8 letech praxe, absolvování povinných stáží a splnění dalších podmínek daných zákonem. Většinou se jedná o lékaře ve funkci zástupce primáře nebo primáře. Zbylých 5 262 lékařů je zařazeno do nižších platových tříd. Přestože průměrný tarifní plat jako základ hrubého příjmu v porovnání s průměrnou mzdou v ČR je vyšší, dle údajů z Tabulky 1 v porovnání s Tabulkou 2 v průměru 42,4 % lékařů nedosáhne na průměrný tarifní plat lékaře, který navíc tvoří pouze 50,84 % celkového průměrného platu lékaře, jak ukazuje graf na Obrázku 1.



*Obrázek 1 Struktura průměrného platu lékařů v ČR v roce 2011*

Zdroj: Vlastní zpracování dle [36]

Zbytek průměrného platu byl v roce 2011 tvořen převážně odměnami, osobními příplatky, platem za práci přesčas, náhradami platu a dalšími (více v Tabulce C1 v Příloze C).

Navíc i přes celkové zvýšení průměrných mezd a platů lékařů od roku 2008 do roku 2011 přibližně o 26 % při srovnání s průměrnými mzdami vysokoškolsky vzdělaných pracovníků rozdělených dle oborů se podle statistik ČSÚ v roce 2011 umístil obor Zdravotní a sociální péče s průměrnou mzdou Kč 51 454 až na 12. místě (celá tabulka v Příloze D). Při srovnání s průměrným platem a mzdou lékaře s ostatními obory by se lékaři umístili přibližně na 8. místě. [44]

V porovnání s předpokládanou průměrnou měsíční mzdou v ostatních oborech dle této tabulky je pro mladé lidi uvažující o studiu na vysoké škole lukrativnější studium jiných oborů než medicíny, jejíž řádné studium trvá 6 let a samotná práce je charakteristická oproti ostatním oborům potřebou vysoké míry zodpovědnosti, protože lékař rozhoduje o zdraví a životě člověka.

Navíc při srovnání se západními sousedy dle studie OECD z roku 2011 (údaje za rok 2009) specialisté v Rakousku měli v porovnání s průměrnou mzdou v této zemi 4,4krát vyšší příjem a v Německu a 5krát vyšší. Oproti tomu čeští specialisté dosahovali ve stejné době 1,8násobný platu a 3,3násobné mzdy než byla průměrná mzda v ČR v roce 2009. [4]

Na základě těchto srovnání – nízkému nástupnímu tarifnímu platu, vyššímu příjmu jako lékaře v cizině a vyšších platech v ekonomických, finančních, strojírenských a IT oborech přesahujících i 70 tis. vychází pro budoucí vysokoškoláky jako racionálnější volba studium jiného oboru nebo po absolvování medicíny práce lékaře v sousedních zemích.

Z tohoto pohledu lze tvrdit, že současné platy a mzdy lékařského personálu souvisí jak s nedostatkem absolventů medicíny, ale i s odlivem lékařských pracovníků do ciziny, kde získají lepší platební podmínky než v ČR, a z toho pramenící nedostatek těchto pracovníků v českých zdravotních zařízeních a stárnutí věkové struktury lékařů.

Řešením je postupné zvyšování mezd lékařům ze strany jejich zaměstnavatelů. Ovšem vzhledem k rozpočtu zdravotních zařízení, který je z většiny tvořen příjmy od zdravotních pojišťoven, je za předpokladu, že tyto zařízení hospodaří efektivně, nutné navýšit výši

finančních toků vedoucích od zdravotních pojišťoven těmto zařízením. Na základě této podmínky je nezbytné zabývat se podrobněji trhem zdravotních pojišťoven, zda je výši úhrad možné zvýšit.

### 3.3 Zdravotní pojišťovny

Zdravotní pojišťovny (dále jen ZP) v ČR se řídí zákonem č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky (dále jen zákon č. 551/1991 Sb.) a zákonem č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách (dále jen zákon č. 280/1992 Sb.), které určují povinnosti zdravotních pojišťoven, jejich organizační uspořádání a podmínky jejich vzniku a zániku. [45] [46]

Dle § 5 zákona č. 280/1992 Sb. je zaměstnanecká zdravotní pojišťovna (dále jen zaměstnanecká pojišťovna) právnická osoba, která je nositelem všeobecného zdravotního pojištění pro pojištěnce (dle § 3 zákona ČNR č. 550/1991 Sb.), kteří jsou u ní zaregistrováni. [45]

Na pojistném trhu se zdravotním pojištěním k datu 1. 10. 2012 figuruje celkem 7 ZP. Tomuto počtu předcházela prudký nárůst počtu ZP v první polovině 90. let, který započal ihned po zavedení povinného veřejného zdravotního pojištění a umožnění vzniku oborových ZP. V roce 1995 figurovalo na trhu až 26 zaměstnaneckých pojišťoven, které se v dalších letech slučovaly a stále slučují (např. nedávné spojení ZP Metal- Aliance a ČPZP) až na současný počet. Vývoj počtu ZP od prvních let vzniku ZP až po rok 2001, kdy se počet ZP začal ustalovat, ukazuje následující Tabulka 3 [6]

*Tabulka 3 Vývoj počtu ZP od vzniku prvních ZP po rok 2001*

rok	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
počet ZP	15	19	26	27	24	14	11	10	9	9

Zdroj: [6]

Během posledních pěti let vznikly pouze dvě zaměstnanecké pojišťovny: ZP Agel založená v roce 2008 a o rok později sloučená s ČPZP a ZP Media vzniklá v roce 2009. ZP Media získala během prvního roku téměř 50 tis. klientů, ovšem nebyla schopna jim smluvit zdravotní péči. Během dalšího roku ztrácela své klienty a v roce 2011 zanikla z důvodu

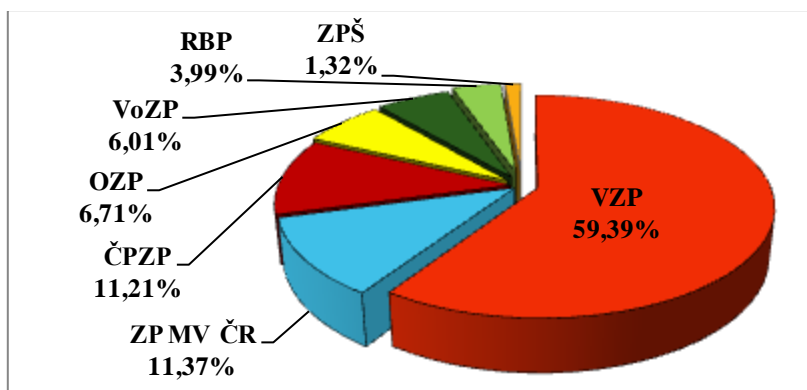
nesplnění limitu počtu pojištěnců. Vývoj počtu ZP v tomto období shrnuje následující Tabulka 4.

*Tabulka 4 Vývoj počtu ZP v letech 2008 – 2012*

rok	2008	2009	2010	2011	2012
počet ZP	9	9	9	8	7

Zdroj: Vlastní zpracování dle vlastního pozorování

Procentuální podíl současných 7 ZP na trhu je znázorněn na grafu (Obrázek 2) vzniklého dle údajů internetových stránek MZ ČR o počtu klientů jednotlivých ZP k 1. 1. 2012 (vzhledem ke sloučení ČPZP a ZP Metal-Aliance v říjnu roku 2012 byly podíly těchto ZP sloučeny pod ČPZP).



*Obrázek 2 Podíl jednotlivých ZP na trhu se zdravotním pojištěním*

Zdroj: Vlastní zpracování dle [47]

### Všeobecná zdravotní pojišťovna

Největší podíl zaujímá Všeobecná zdravotní pojišťovna (dále jen VZP), která je zároveň i nejstarší ZP u nás. Během posledních dvanácti let od roku 2000 až 2011 se její tržní podíl snížil o více než 11 p.b., jak je patrné v následující Tabulce 5.

*Tabulka 5 Vývoj monopolního postavení VZP v letech 2000 – 2011*

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
celkový počet	10 327 936	10 327 807	10 314 865	10 311 210	10 314 314	10 292 662
pojištěnci VZP	7 360 606	7 177 318	6 956 348	6 801 230	6 680 790	6 617 714
podíl na trhu	71,27%	69,50%	67,44%	65,96%	64,77%	64,30%
	2006	2007	2008	2009	2010	2011
celkový počet	10 323 341	10 352 290	10 375 739	10 381 397	10 396 221	10 405 788
pojištěnci VZP	6 567 687	6 535 622	6 429 707	6 261 809	6 271 186	6 247 532
podíl na trhu	63,62%	63,13%	61,97%	60,32%	60,32%	60,04%

Zdroj: Vlastní zpracování dle [48] — [51]

Téměř monopolní postavení VZP ovlivňuje všechny ostatní ZP. Při tak vysokém podílu jedné ZP je prostor pro malé ZP omezen a jsou nuceny se slučovat do větších celků s vyššími šancemi obstát v konkurenci s tak velkou zdravotní pojišťovnou jako je VZP. Této teorii nasvědčuje i vývoj současných 6 zaměstnaneckých pojišťoven, které až na výjimky vznikaly sloučením s jednou či více ZP.

Vzhledem k jejímu tržnímu podílu převyšujícímu až 70 % v populaci starší 65 let charakteristické vysokými náklady na zdravotní péči, plyne přepočteno na jednoho pojištěnce do VZP po přerozdělení pojistného nejvíce peněz. [50]

Provázanost se státem VZP přináší výhody narušující rovnováhu na trhu. Příkladem tohoto propojení je vydání Čl. VIII odst. 2 zákona č. 298/2011 Sb., který určuje zaměstnaneckým pojišťovnám povinnost převést k 1. lednu 2012 na zvláštní účet všeobecného zdravotního pojištění zřízený podle zákona č. 592/1992 Sb. jednu třetinu částky základního fondu zdravotního pojištění, kterou daná pojišťovna evidovala k 31. 12. 2010 jako pokrytí deficitu VZP. Přestože představitelé zaměstnaneckých pojišťoven včetně zástupců Svazu zdravotních pojišťoven protestovali, museli nový zákon respektovat. [52]

Ze zákona je v případě finančních problémů VZP stát povinen poskytnout VZP návratnou finanční injekci ve výši 50 % prokázaného finančního deficitu této pojišťovny. V současnosti tato ZP vykazuje deficit téměř 3 mld. za rok 2011 a do následujícího roku 2012 se očekává jeho zvýšení na 9 mld. [5] [17]

Dle zákona č. 48/1997 Sb. v případě bankrotu zaměstnanecké pojišťovny na ní přechází všichni klienti zkrachovalé pojišťovny. V případě úpadku zaměstnanecké pojišťovny jsou její nesplacené pohledávky poskytovatelů zdravotních služeb vypláceny z fondu, do kterého jsou povinny všechny zaměstnanecké pojišťovny přispívat určitým procentem ze svých příjmů do té doby, než je fond naplněn. Ovšem teprve v roce 2011 došlo poprvé k zániku ZP a necelých 10 tis. klientů ZP Média se dle zákona stalo pojištěnci VZP. [5]

Mezi další zákonné povinnosti VZP patří vést registr pojištěnců všech ZP, přerozdělování pojistného a další administrativu týkající se zdravotního pojištění. [5]

Mimo poskytování zdravotního pojištění nabízí VZP prostřednictvím své dceřiné společnosti PVZP a. s. (Pojišťovna VZP) cestovní pojištění nebo úrazové pojištění. [49]

### **Svaz zdravotních pojišťoven**

Tyto služby a další nabízí v rámci svých dceřiných společností či ve spolupráci s pojišťovnami s úrazovým a životním pojištěním i zbylých 6 zdravotních pojišťoven na trhu (více o nich v příloze E), které se o roku 1997 sdružují do tzv. Svazu zdravotních pojišťoven, kde společně vystupují v jednání s poskytovateli zdravotní péče, státním organizacím a profesním svazům. [53]

#### **3.3.1 Vznik a zánik zdravotní pojišťovny**

V zákoně č. 551/1991 Sb. nejsou uvedeny podmínky vzniku nebo zániku VZP z důvodu jedinečnosti zdravotní pojišťovny řízené státem. [46]

V případě zaměstnanecké pojišťovny dle § 3 zákona č. 280/1992 Sb. k provádění všeobecného zdravotního pojištění je třeba povolení. O udělení povolení rozhoduje MZ ČR po vyjádření MF ČR. Na rozhodování se vztahují obecné předpisy o správním řízení, není-li dále stanoveno jinak. [45]

Povolení se uděluje na dobu neurčitou a není převoditelné na jinou osobu. Změna skutečností podle odstavce 2 písm. a), e) nebo g) § 4 zákona č. 280/1992 Sb. a změny statutu zaměstnanecké pojišťovny podléhají schválení MZ ČR. [45]

Před podáním žádosti o povolení k provádění všeobecného zdravotního pojištění je žadatel povinen složit na zvlášť k tomu zřízený vázaný účet v tuzemské bance peněžní prostředky (dále jen "kauce") ve výši 100 000 000 Kč. [45]

Dnem zápisu zaměstnanecké pojišťovny do obchodního rejstříku přecházejí práva ke kauci na zaměstnaneckou pojišťovnu. Zaměstnanecká pojišťovna převede kauci do rezervního fondu. [45]

Zaměstnanecká pojišťovna zaniká ke dni výmazu z obchodního rejstříku. Návrh na výmaz podává zanikající zaměstnanecká pojišťovna nebo likvidátor. Zániku zaměstnanecké

pojišťovny předchází její zrušení bez likvidace nebo s likvidací. Bez likvidace se zaměstnanecká pojišťovna zrušuje sloučením s VZP nebo sloučením s jinou zaměstnaneckou pojišťovnou. [45]

Sloučení zaměstnanecké pojišťovny s VZP či zaměstnaneckou pojišťovnou musí dle § 6 odst. 3 zákona č. 280/1992 Sb. odsouhlasit Správní rada zrušované zdravotní pojišťovny a to nadpoloviční většinou všech členů Správní rady zaměstnanecké pojišťovny. Sloučení zaměstnaneckých pojišťoven vyžaduje povolení. Toto povolení vydává MZ ČR po vyjádření MF ČR. [45]

Při sloučení přechází veškerý majetek, závazky a pohledávky na VZP nebo na zaměstnaneckou pojišťovnu, s níž se zrušovaná zaměstnanecká pojišťovna slučuje. K VZP nebo k zaměstnanecké pojišťovně, s níž se zrušovaná zaměstnanecká pojišťovna slučuje, přecházejí rovněž všichni pojištěnci zrušované zaměstnanecké pojišťovny. [45]

Zaměstnanecká pojišťovna se zrušuje s likvidací, jestliže jí bylo MZ ČR odejmuto povolení k provádění všeobecného zdravotního pojištění nebo o to zaměstnanecká pojišťovna MZ ČR požádá. [45]

Okolnosti, za kterých MZ může odejmout povolení podle odst. 6 písm. a) uvádí zákon č. 280/1992 Sb. (§ 6 odst. 7) patří mezi ně i nesplnění závazku, že zaměstnanecká pojišťovna dosáhne do jednoho roku od založení počtu nejméně 100 000 pojištěnců. [45]

Ovšem nově podle Čl. II předpis č. 351/2009 Sb. bodu 2 resortní, oborová, podniková a další zdravotní pojišťovna, která nedosáhne do 1 roku od založení počtu nejméně 100 000 pojištěnců, je povinna dosáhnout tohoto počtu pojištěnců nejpozději do 2 let od nabytí účinnosti tohoto zákona. [54]

### **3.3.2 Orgány zdravotní pojišťovny**

Orgány VZP jsou dle zákona Správní rada a Dozorčí rada, jejímž prostřednictvím stát ovlivňuje řízení VZP. Orgány zaměstnanecké pojišťovny jsou ředitel, Správní rada a Dozorčí rada, jejímž prostřednictvím je zajišťována účast pojištěnců, zaměstnavatelů pojištěnců a státu na řízení zaměstnanecké pojišťovny. Funkční období člena orgánu

zaměstnanecké pojišťovny činí 4 roky. Členy orgánu lze z funkce odvolat i před uplynutím funkčního období. [45] [46]

Člen Správní rady a Dozorčí rady nevykonává svou funkci v pracovněprávním vztahu k zaměstnanecké pojišťovně; má nárok na náhradu výdajů spojených s výkonem funkce a za výkon funkce mu lze poskytnout odměnu ve výši stanovené ve zdravotně pojistném plánu. [45]

Funkci člena orgánu zaměstnanecké pojišťovny nemůže zastávat z důvodu střetu zájmu osoby, na které se vztahují podmínky uvedené v § 10 odst. 11 zákona č. 280/1992 Sb. Členem orgánu zaměstnanecké pojišťovny anebo jeho náhradníkem může být jen bezúhonný občan České republiky s trvalým pobytem na jejím území, který dosáhl věku nejméně 25 let. Další podmínky členství v orgánu zaměstnanecké pojišťovny jsou uvedeny v § 10 odst. 8 až 12 zákona č. 280/1992 Sb. [45]

Dalšími orgány ZP jsou Rozhodčí orgán a Výbor pro audit. [13] [55]

### **Správní rada**

Složení Správní rady (dále jen SR) u VZP a zaměstnaneckých pojišťoven je odlišné.

SR VZP je složena výhradně ze zástupců státu. Jedna třetina (10 členů) členů SR VZP je tvořena zástupci jmenovaných vládou a dvě třetiny členů jsou voleny Poslaneckou sněmovnou Parlamentu (dále jen PSP) podle principu poměrného zastoupení politických stran v PSP. Členy SR jmenované vládou jmenuje a odvolává vláda na návrh ministra zdravotnictví. Členy Správní rady volené PSP volí a odvolává PSP. Více o podmínkách členství, vzniku a zániku členství členů SR VZP v § 18 zákona č. 551/1991 Sb. [46]

SR rozhoduje hlasováním. K přijetí rozhodnutí SR podle § 20 odst. 1 písm. b), d), f), i) a j) zákona č. 551/1991 Sb. je třeba souhlasu nadpoloviční většiny všech členů SR. K ostatním rozhodnutím SR je třeba souhlasu nadpoloviční většiny přítomných členů. SR je usnášeníschopná, jestliže je přítomna nadpoloviční většina všech jejích členů. [45] [46]

Dle zákona 551/1991 Sb. SR VZP a zaměstnanecké pojišťovny jmenuje a odvolává ředitele VZP, který musí splňovat požadavky dané dle zákona – především být bezúhonný



s dokončeným vysokoškolským vzděláním, oprávněn k právním úkonům a nesmí u něho docházet ke střetu zájmu. [45] [46]

U zaměstnaneckých pojišťoven zástupci státu tvoří třetinu členů SR (5 členů), zbylé dvě třetiny zástupců jsou jmenováni z řad pojištěnců dané zaměstnanecké pojišťovny. Polovina zástupců pojištěnců je volena z kandidátů předložených reprezentativními organizacemi zaměstnavatelů a druhá polovina z kandidátů předložených reprezentativními odborovými organizacemi. [45]

SR zaměstnanecké pojišťovny rozhoduje hlasováním. K přijetí rozhodnutí SR podle § 10 odst. 2 písm. a), c), f) až h) zákona č. 280/1992 Sb. je třeba souhlasu nadpoloviční většiny všech členů SR zaměstnanecké pojišťovny (8 z 15 členů). K těmto rozhodnutím patří i rozhodnutí o sloučení zaměstnanecké pojišťovny s jinou zaměstnaneckou pojišťovnou. K ostatním rozhodnutím SR podle odst. 2 je třeba souhlasu nadpoloviční většiny přítomných členů. SR je usnášeníschopná, jestliže je přítomna nadpoloviční většina všech jejích členů. [45]

### **Dozorčí rada**

Dozorčí rada (dále jen DR) VZP dle § 21 zákona č. 551/1991 Sb. dohlíží na dodržování právních předpisů a vnitřních předpisů a její celkové hospodaření. Za tím účelem jsou její členové oprávněni nahlížet do účetních dokladů všech organizačních složek VZP a SR a zjišťovat stav a způsob hospodaření VZP. Další její pracovní povinnosti jsou uvedeny dále v § 21 stejného zákona. [46]

V DR VZP i zaměstnanecké pojišťovny jsou 3 členové, které na návrh ministra financí, ministra práce a sociálních věcí a ministra zdravotnictví jmenuje a odvolává vláda. Dalších 10 členů DR VZP je volených a odvolávaných PSP; při obsazování funkcí členů DR se postupuje podle principu poměrného zastoupení politických stran v PSP. DR zaměstnaneckých pojišťoven je doplněna o 6 členů volených z řad pojištěnců této zaměstnanecké pojišťovny zaměstnavateli a pojištěnci zaměstnanecké pojišťovny, a to tím způsobem, že 3 členové jsou voleni z kandidátů předložených reprezentativními organizacemi zaměstnavatelů a 3 členové jsou voleni z kandidátů předložených reprezentativními odborovými organizacemi. [45] [46]

DR VZP i zaměstnanecké pojišťovny rozhoduje hlasováním. K přijetí rozhodnutí DR je třeba souhlasu nadpoloviční většiny všech členů DR. [45] [46]

### **Rozhodčí orgán**

Dle § 53 zákona č. 48/1997 Sb. v případě odvolání proti rozhodnutí ZP rozhoduje tzv. Rozhodčí orgán (dále jen RO) ZP. [13]

Dle § 53 odst. 10 a 11 téhož zákona se RO skládá z jednoho zástupce ZP, jednoho zástupce MZ ČR, jednoho zástupce Ministerstva práce a sociálních věcí, jednoho zástupce MF ČR, tří zástupců, které určí ze svých členů SR ZP, a tří zástupců, které určí ze svých členů DR ZP. RO je schopen se usnášet, je-li přítomno více než dvě třetiny členů. K platnosti rozhodnutí je třeba nadpoloviční většiny přítomných členů. [13]

### **Výbor pro audit**

Výbor pro audit je zřizován podle zákona č. 93/2009 Sb., o auditorech a o změně některých zákonů (zákon o auditorech) jako orgán ZP. Dle § 44 téhož zákona ZP zřizuje Výbor pro audit, není-li stanoveno jinak. Výbor pro audit má 3 členy, nejméně 1 člen tohoto výboru musí být nezávislý na auditované osobě a musí mít nejméně tříleté praktické zkušenosti v oblasti účetnictví nebo povinného auditu. [55]

Členy Výboru pro audit jmenuje SR ZP z členů DR nebo třetích osob. Výbor pro audit zejména sleduje postup sestavování účetní závěrky, hodnotí účinnost vnitřní kontroly ZP, vnitřního auditu a případně systémů řízení rizik, sleduje proces povinného auditu účetní závěrky, posuzuje nezávislost statutárního auditora a auditorské společnosti a zejména poskytování doplňkových služeb ZP, doporučuje auditora. [55]

### **3.3.3 Právní rámec hospodaření zdravotních pojišťoven**

Dle zákona VZP resp. zaměstnanecká pojišťovna hospodaří s vlastním majetkem a s majetkem jí svěřeným. [45] [46]

## **Příjmy a výdaje zdravotní pojišťovny**

Příjmy VZP dle § 4 zákona č. 551/1991 Sb. a zaměstnanecké pojišťovny dle § 12 zákona č. 280/1992 Sb. zahrnují:

- platby pojistného od pojištěnců, zaměstnavatelů pojištěnců a státu,
- vlastní zdroje vytvořené využíváním fondů VZP resp. zaměstnanecké pojišťovny,
- dary a ostatní příjmy. [45] [46]

Dalšími příjmy VZP dle zákona jsou příjmy plynoucími z přirážek k pojistnému, pokut a poplatků z prodlení účtované VZP. U zaměstnanecké pojišťovny plynou další příjmy mimo výše uvedené také z majetkových sankcí stanovených zákonem ČNR č. 550/1991 Sb. [45] [46]

Dle § 5 zákona č. 551/1991 Sb. a § 13 zákona č. 280/1992 Sb. výdaje VZP a zaměstnanecké pojišťovny zahrnují:

a) platby za poskytované zdravotní služby hrazené z veřejného zdravotního pojištění (hrazené služby) podle smluv uzavřených s osobami oprávněnými poskytovat zdravotní služby podle zákona o zdravotních službách (poskytovatel),

b) platby jiným ZP nebo jiným subjektům na základě smluv o finančním vypořádání plateb za hrazené služby poskytnuté pojištěncům VZP resp. zaměstnanecké pojišťovny,

c) úhrady nákladů nutného neodkladného léčení v cizině

d) náklady na činnost VZP podle § 2 odst. 1 zákona č. 551/1991 Sb. resp. § 8 zákona č. 280/1992 Sb. kromě nákladů uvedených v písmenech a), b) a c),

e) úhrady částek, přesahujících limit pro regulační poplatky a doplatky za léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely částečně hrazené z veřejného zdravotního pojištění nebo úhrady podílu na těchto částkách v případě změny ZP pojištěncem, za podmínek stanovených zvláštním právním předpisem § 16a a 16b zákona č. 48/1997 Sb. [45] [46]

## Fondy zdravotních pojišťoven

VZP a zaměstnanecké pojišťovny svoje příjmy rozdělují do následujících fondů:

- Základní fond,
- Rezervní fond,
- Provozní fond,
- Sociální fond,
- Fond majetku resp. fond investičního majetku (u zaměstnanecké pojišťovny)
- Fond reprodukce majetku resp. fond reprodukce investičního majetku (u zaměstnanecké pojišťovny),
- dobrovolně Fond prevence resp. fond pro úhradu preventivní péče (Vojenská zdravotní pojišťovna),
- Fond zprostředkování úhrady zdravotních služeb hrazených Ministerstvem obrany podle zvláštního právního předpisu zákona ČNR č. 550/1991 Sb. u Vojenské zdravotní pojišťovny. [45] [46]

Podrobnosti o fondech ZP uvádí vyhláška č. 418/2003 Sb. naposledy novelizována vyhláškou č. 302/2012 Sb. dne 6. září 2012.

Zdrojem základního fondu ZP jsou platby pojistného na veřejné zdravotní pojištění po přerozdělení a další příjmy v rozsahu stanoveném prováděcím právním předpisem jmenované výše. Základní fond zdravotního pojištění slouží k úhradě poskytnutých hrazených služeb, k přidělům do provozního fondu ke krytí nákladů na činnost zaměstnanecké pojišťovny, k přidělům dalším fondům a k dalším platbám v rozsahu stanoveném prováděcím právním předpisem a k úhradám částek, přesahujících limit pro regulační poplatky a doplatky za léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely částečně hrazené z veřejného zdravotního pojištění nebo úhradám podílů na těchto částkách v případě změny ZP pojištěncem, za podmínek stanovených zvláštním právním předpisem zákonem č. 48/1997 Sb. [56] [57]

Výše rezervního fondu činí 1,5 % průměrných ročních výdajů základního fondu zdravotního pojištění zaměstnanecké pojišťovny za bezprostředně předcházející tři kalendářní roky. Rezervní fond se tvoří přiděly z pojistného převodem části zůstatku

základního fondu. Zaměstnanecká pojišťovna může použít nejvýše 30 % finančních prostředků rezervního fondu k nákupu cenných papírů státu (vč. vydaných obcemi) či se státní zárukou, veřejně obchodovatelných dluhopisů vydaných obchodními společnostmi a přijatých k obchodování na burze cenných papírů, veřejně obchodovatelných akcií a podílových listů přijatých k obchodování na regulovaném trhu a pokladničních poukázek ČNB; tyto cenné papíry a pokladniční poukázky zůstávají součástí rezervního fondu. Rezervní fond slouží ke krytí schodků základního fondu a ke krytí hrazených služeb v případech výskytu hromadných onemocnění a přírodních katastrof; výše rezervního fondu může v takovém případě klesnout pod minimální výši. Nejde-li o případy uvedené v předchozí větě, je zaměstnanecká pojišťovna povinna udržovat rezervní fond ve stanovené výši. Zaměstnanecká pojišťovna je povinna rezervní fond naplnit do tří let ode dne získání povolení k provádění všeobecného zdravotního pojištění. [56] [57]

Zdrojem fondu prevence jsou finanční prostředky z podílu na výsledku hospodaření resp. kladného hospodářského výsledku po zdanění stanoveného statutárními orgány VZP resp. statutárním orgánem zaměstnanecké pojišťovny z činností, které nad rámec provádění veřejného zdravotního pojištění VZP resp. zaměstnanecká pojišťovna provádí v souladu se zákony a statutem VZP resp. zaměstnanecké pojišťovny. [45] [46]

V případě výnosů z pokut, přírážek k pojistnému a penále ukládaných podle zvláštních právních předpisů upravujících veřejné zdravotní pojištění a přijatých VZP v průběhu kalendářního roku může tyto finanční prostředky VZP přidělit do fondu prevence; tyto příděly do fondu prevence lze v průběhu kalendářního roku provádět zálohově tak, aby jejich celková výše za kalendářní rok nepřekročila 0,3 % celkového objemu příjmů pojistného po přerozdělení provedeném podle zákona o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění. Tyto finanční prostředky jako zdroj fondu prevence může použít i zaměstnanecká pojišťovna ovšem pouze v případě, kdy má naplněný rezervní fond a hospodaří vyrovnaně. [45] [46]

Z fondu prevence lze nad rámec hrazených služeb hradit zdravotní služby, u nichž je prokazatelný preventivní, diagnostický nebo léčebný efekt a které jsou poskytovány pojištěncům v souvislosti s jejich existujícím nebo hrozícím onemocněním. Prostředky

fondů prevence lze využít k realizaci preventivních zdravotnických programů sloužících k odhalování závažných onemocnění, na podporu rehabilitačně rekondičních aktivit vedoucích k prokazatelnému zlepšení zdravotního stavu pojištěnců a dále na podporu projektů podporujících zvýšení kvality zdravotní péče, zdravý způsob života a zdraví pojištěnců. [45] [46]

Na základě zdravotně preventivních programů jednotlivých ZP financovaných z tohoto fondu mohou jednotlivé ZP využít možnosti odlišit se svojí nabídkou produktů, která je až na tyto preventivní programy jednotná pro všechny zdravotní pojišťovny dle zákona.

Provozní fond (dále jen PF) ZP se používá k úhradě nákladů na její činnost, která je definována v zákoně č. 551/1991 Sb. a 280/1992 Sb. Zdroje PF určuje vyhláška č. 418/2003.

Dle této vyhlášky v §7 je uveden vzorec pro výpočet maximální povolené výše PF jako procentuální podíl z příjmů v Kč za kalendářní rok z veřejného zdravotního pojištění po přerozdělení z výnosů penále, pokut, přírážek k pojistnému a náhrad škod. [56] [57]

Z PF se převádí příděl do sociálního fondu v maximální výši 2 % celkového objemu nákladů na mzdy a náhrady mzdy. [56]

Současně se z PF převádí příděl ve výši hodnoty účetních odpisů veškerého hmotného a nehmotného majetku včetně zůstatkové ceny vyřazeného dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku za dané účetní období do fondu reprodukce majetku. [56]

Fond majetku zahrnuje veškerý dlouhodobý hmotný a nehmotný majetek. Snižuje se mimo jiné o odpisy a zůstatkové ceny vyřazeného majetku, o které je naopak navyšován fond reprodukce majetku. [56]

### **3.3.4 Provozní náklady současných zdravotních pojišťoven**

Příděly do PF ZP, z kterého jsou čerpány provozní náklady, se dle údajů z výročních zpráv ZP za rok 2010 pohybovaly okolo 3 % z celkového příjmu zdravotní pojišťovny. [49] [58] – [63]

Čerpání z PF jednotlivých ZP v roce 2010 ukazuje následující Tabulka 6.

<i>Tabulka 6 Čerpání PF jednotlivých ZP v roce 2010 (v tis. Kč)</i>							
<b>položky</b>	<b>VZP</b>	<b>ZPMV ČR</b>	<b>ČPZP</b>	<b>OZP</b>	<b>VoZP</b>	<b>RBP</b>	<b>ZP Škoda</b>
<b>čerpání PF</b>	<b>5 324 501</b>	<b>588 236</b>	<b>484 529</b>	<b>372 579</b>	<b>324 547</b>	<b>269 302</b>	<b>97 463</b>
mzdové náklady	2 380 661	333 153	257 220	201 399	175 981	126 538	58 413
odměny členům SR, DR, RO	8 669	2 595	2 413	4 250	2 552	2 210	-
ostatní závazky PF	2 446 293	201 712	153 883	106 277	95 199	83 053	25 980
ostatní čerpáné finance z PF	488 878	50 776	71 013	60 653	50 815	57 501	13 070
Zdroj: Vlastní zpracování dle [49] [58] — [63]							

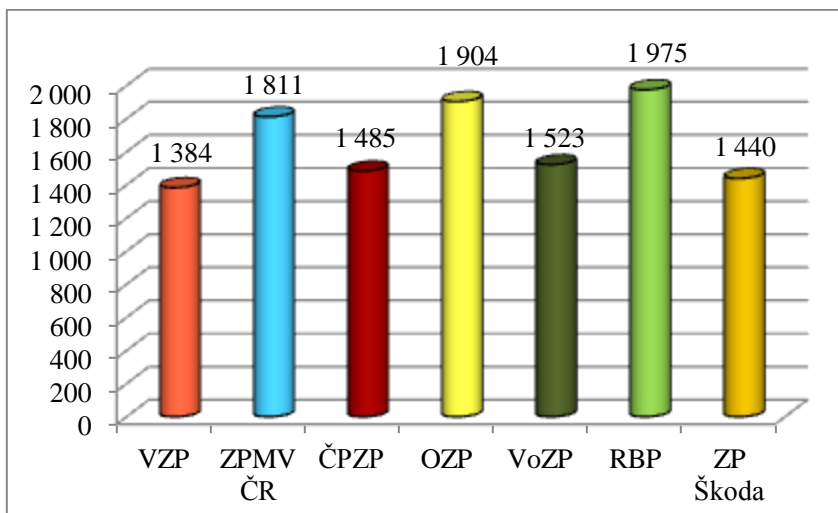
Vzhledem ke skutečnosti, že k 15. 3. 2013 nebyly PSP zatím schváleny výroční zprávy (dále jen VZ) ZP za rok 2011, jsou data z následujících tabulek čerpána z VZ z roku 2010.

Rozdíly v čerpání PF jednotlivých ZP s výjimkou VZP se přibližně shoduje s rozdílnými tržními podíly jednotlivých ZP dle průměrného tržního podílu těchto ZP v roce 2010, který ukazuje Tabulka 7.

<i>Tabulka 7 Průměrný tržní podíl jednotlivých ZP v roce 2010</i>							
	<b>VZP</b>	<b>ZPMV ČR</b>	<b>ČPZP</b>	<b>OZP</b>	<b>VoZP</b>	<b>RBP</b>	<b>ZP Škoda</b>
pojištěnci	6 264 484	1 132 178	714 142	691 253	590 924	412 797	133 879
podíl na trhu	60,31%	10,90%	6,88%	6,65%	5,69%	3,97%	1,29%
Zdroj: Vlastní zpracování dle [49] [58] — [63]							

Čerpání PF VZP je ve srovnání s druhou nejsilnější ZP v roce 2010 9krát vyšší, přestože tržní podíl VZP je pouze 6krát větší než ZPMV ČR.

Vzhledem k nadstavbové administrativní činnosti VZP (přerozdělování pojistného) lze tvrdit, že zvýšené čerpání PF v porovnání s tržním podílem způsobuje vyšší počet zaměstnanců. To potvrzují i údaje o zaměstnancích, kdy podle Tabulky 8 je jejich počet v porovnání s ZPMV ČR 7krát vyšší, což odpovídá i 7krát vyšším mzdovým nákladům, které se podílí na celkovém čerpání PF ze 40 %. Více zaměstnanců v porovnání s tržním podílem VZP potvrzuje i graf na Obrázku 3, kde v porovnání počtu pojištěnců s počtem zaměstnanců ZP vychází nejméně pojištěnců na jednoho zaměstnance právě u VZP.



Obrázek 3 Srovnání počtu pojištěnců na jednoho zaměstnance u jednotlivých ZP  
Zdroj: Vlastní zpracování dle [49] [58] – [63]

V průměru vychází 1702 pojištěnců na zaměstnance 6 ZP mající na starosti pouze péči o tyto pojištěnce a chod ZP. Při průměrné odchylce 207 pojištěnců má VoZP příliš mnoho pojištěnců na jednoho zaměstnance a naopak ČPZP a regionální ZP Škoda naopak méně.

Následující Tabulka 8 ukazuje průměrnou mzdu na jednoho přepočteného zaměstnance u jednotlivých ZP. Mzdové náklady (bez zákonných odvodů) a odměny členům SR, DR, RO (a Výboru pro audit u ZPMV ČR) jsou v tis. Kč. Členové SR a DR ZP Škoda svoji činnosti vykonávají bezplatně a z toho důvodu údaje o odměnách u ZP Škoda chybí.

Tabulka 8 Průměrné mzdy a průměrná odměna členům SR, DR, RO jednotlivých ZP							
položky	VZP	ZPMV ČR	ČPZP	OZP	VoZP	RBP	ZP Škoda
mzdové náklady	1 759 831	244 557	186 876	145 174	129 702	88 802	43 021
PPP zaměstnanců	4 526	625	481	363	388	209	93
průměrná mzda zaměstnance	32 402	32 608	32 376	33 327	27 857	35 407	38 549
odměny členům SR, DR, RO	8 669	2 595	2 413	4 250	2 552	2 210	-
počet členů SR, DR, RO	53	36	34	34	34	34	34
průměrná odměna členům	13 631	6 007	5 914	10 417	6 255	5 417	-
PPP = průměrný přepočtený počet							
Zdroj: Vlastní zpracování dle [49] [58] — [63]							

Průměrná hrubá mzda zaměstnanců u prvních 4 ZP vykazovala průměrnou odchylku Kč 324, u posledních 3 ZP se hodnoty výrazněji lišily a zvýšily tak celkovou průměrnou odchylku na Kč 2 180. Vysoký průměrný plat u ZP Škoda oproti ostatním mohl způsobit nízký počet zaměstnanců a tedy vysoký podíl zaměstnanců v manažerských pozicích



s vyšším platem než řadoví zaměstnanci, ovšem této domněnce odporuje, že zaměstnanců ZP Škoda v řídicí funkci je pouze 6 s průměrnou hrubou mzdou Kč 140 306, průměrná hrubá mzda ostatních zaměstnanců vychází Kč 31 895. Počet vrcholových zaměstnanců a jejich průměrná hrubá mzda se dále podařilo z VZ zjistit pouze u ZPMV ČR, VoZP. S počtem vrcholových zaměstnanců 16 u ZPMV ČR a 17 u VoZP prvně jmenovaná měla dvojnásobné mzdové náklady. Průměrná hrubá mzda činila u vrcholového zaměstnance ZPMV ČR Kč 190 188 ovšem u stejného zaměstnance VoZP Kč 91 490. Na základě této skutečnosti lze usuzovat, že ve VoZP nižší průměrná hrubá mzda zaměstnanců oproti ostatním ZP je běžná i u vrcholných zaměstnanců VoZP, kteří by ve stejných funkcích, ale v jiné ZP pobírali vyšší mzdu. [49] [58] – [63]

Průměrná odměna členům SR, DR a RO (případně Výboru pro audit) byla u VZP a OZP dvojnásobná oproti ostatním ZP. Dle získaných údajů z některých VZ ZP o počtu zasedání orgánů ZP v Tabulce 9 lze výši odměn posuzovat na základě frekvence jednání orgánů ZP a tedy časové náročnosti vykonávání funkce člena orgánu ZP, ovšem pouze za předpokladu, že jednotlivá zasedání byla u každé ze ZP stejně časově náročná.

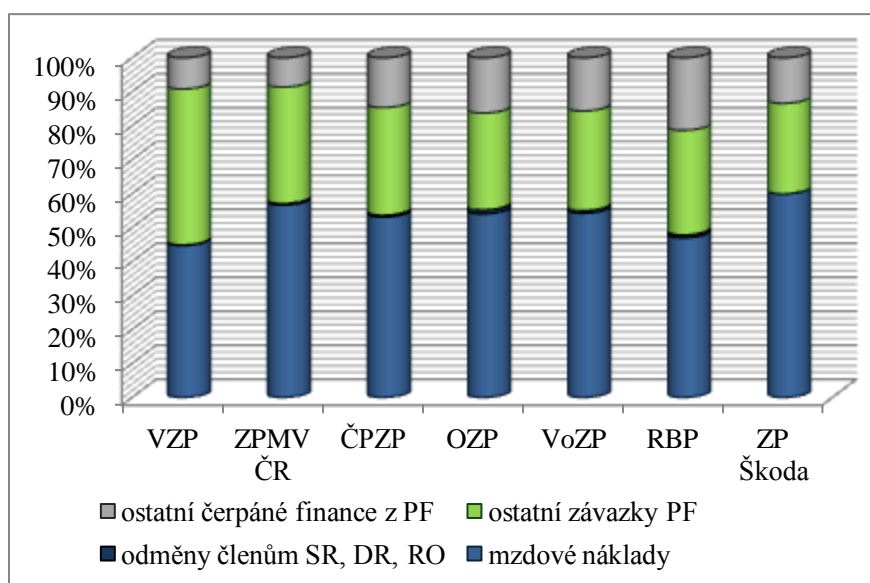
*Tabulka 9 Počet zasedání orgánů jednotlivých ZP v roce 2010*

orgán ZP	VZP	ZPMV ČR	ČPZP	OZP	VoZP	RBP	ZP Škoda
SR	-	-	6	-	5	5	6
DR	-	-	5	-	4	4	6
RO	47	9	6	5	-	4	5

Zdroj: Vlastní zpracování dle [49] [58] — [63]

V případě VZP se podařilo z VZ zjistit údaj pouze o počtu zasedání RO. V porovnání s ostatním ZP RO VZP se sešel každý měsíc v průměru na 4 zasedáních a naopak RO u ostatních ZP se sešly přibližně jednou za dva měsíce. Pokud i u ostatních orgánů VZP byla v roce 2010 podobná frekvence zasedání, může to mít vliv na vyšší průměrnou odměnu členům těchto orgánů v tomto roce. Naopak u OZP se i díky nedostatečnému množství dat nepodařilo prokázat vztah vyšší frekvence zasedání členů orgánů ZP a vyšší průměrné odměny těmto členům v roce 2010.

Další položkou financí čerpaných z PF byly „Ostatní závazky“, které tvořily u PF VZP až 46 % čerpaných financí, jak ukazuje sloupcový graf na Obrázku 4.



Obrázek 4 Struktura čerpání PF jednotlivých ZP

Zdroj: Vlastní zpracování dle [49] [60] [58] – [63]

V absolutní hodnotě je tato položka oproti stejné položce u ZPMV ČR 12 krát vyšší. Přesné složení této položky VZ VZP neobsahuje, pouze uvádí, že u *Ostatních závazků* „za služby související s rozvojem informační infrastruktury systému“ bylo čerpáno Kč 3 607 tis. Tuto položku pod *Ostatními závazky* jako jedinou uvádějí i ostatní ZP ve svých VZ. Výjimkou jsou VZ OZP, ZPMV ČR a RBP. [49] [58] – [63]

Dle VZ OZP byly tvořeny *Ostatní závazky* především následujícími položkami:

- spotřeba materiálu a energií,
- poštovné a náklady na reklamu a inzerci,
- pořízení drobného hmotného majetku,
- ostatní služby apod. [60]
- opravy a údržba,

Stejně nebo podobné položky obsahovaly i podrobněji (včetně přesné výše) rozepsané *Ostatní závazky* ve VZ ZPMV ČR a RBP. Výše nákladů na tyto položky získané z těchto zpráv jsou zpracované do Tabulky 10. Dle těchto informací si lze udělat přibližnou představu o složení ostatních závazků jednotlivých ZP včetně VZP a udělat přibližný odhad v původu vyššího čerpání financí u *Ostatních závazků* VZP.

Tabulka 10 Rozpis ostatních závazků z PF ZPMV ČR (modře) a RBP (zeleně)

Ostatní provozní náklady	v tis. Kč	Ostatní provozní náklady	v tis. Kč
Spotřeba materiálu	11 680	Spotřeba materiálu	7 629
Spotřeba pohonných hmot	1 729	Spotřeba pohonných hmot s energií	3 307
Pořízení majetku	7 985	Opravy a udržování	1 732
Spotřeba energie	9 712	Výkony spojů	3 452
Opravy a udržování	5 252	Nájemné	5 657
Služby telekomunikační; spojovací síť WAN	17 423	Práce v oblasti výpočetní techniky	7 013
Služby systémové podpory IS	27 903	Reklama a inzerce	31 155
Nájemné	22 972	Audit a právní služba	3 568
Náklady za služby související s rozvojem informační struktury (Národní referenční centrum)	1 749	Ostraha, úklid a ostatní služby nemateriální povahy	17 806
Ostatní služby	29 456	Daně, pojištění a ostatní provozní náklady	1 734
Kapitační centrum	1 331	<b>Celkem</b>	<b>83 053</b>
Propagace- marketing	50 626		
Ostatní sociální náklady	10 643		
Ostatní náklady, daně	3 251		
<b>Celkem</b>	<b>201 712</b>		

Zdroj: Vlastní zpracování dle [58] [62]

Dle Tabulky 10 nejvyšší náklady vykazovaly náklady na marketingovou komunikaci a položky s administrativním charakterem: spotřeba materiálu, práce v oblasti výpočetní techniky, služby telekomunikační spojovací síť WAN a služby systémové podpory informačního systému. Vzhledem k vyššímu zatížení administrativy VZP s přerozdělováním pojistného lze usuzovat, že tyto položky VZP vykazuje vyšší z hlediska nákladů a mohou být původem vyššího čerpání u *Ostatních závazků*.

Při porovnání vlastnictví nemovitostí jednotlivých ZP v Tabulce 11 je patrné, že také náklady na energie a opravy a udržování u VZP budou z tohoto pohledu minimálně 10krát vyšší než u ZPMV ČR a budou tak zvyšovat výši *Ostatních závazků*.

Tabulka 11 Hodnota budov a staveb ZP k 31. 12. 2010 (v tis. Kč)

VZP	ZPMV ČR	ČPZP	OZP	VoZP	RBP	ZP Škoda
4 138 718	385 776	60 493	239 183	-	108 352	98 165

Zdroj: Vlastní zpracování dle [49] [58] – [63]

S vlastnictvím budov a staveb v celkové čisté hodnotě Kč 4 mld. souvisí i výše zbývajících čerpaných financí PF, které z 90 % tvoří podíl odpisů hmotného a nehmotného majetku.

Naopak s množstvím vlastněných budov a staveb a s politikou provozování poboček VZP ve svých prostorách by měly být náklady na nájemné u VZP minimální a snižovat tak výši *Ostatních závazků*. Z tohoto pohledu nebyl objasněn tak vysoký podíl *Ostatních závazků* VZP oproti ostatním ZP.

Zbývá posoudit nejvyšší nákladovou položku u ZPMV ČR a RBP marketingové náklady, které byly použity na propagaci a reklamu. V případě této položky chybí další údaje ohledně marketingové komunikace VZP v roce 2010, aby se dalo dostatečně objektivně odhadovat výši nákladů tohoto charakteru. Není ani jisté, zda tyto náklady vznikly u VZP, neboť u tohoto typu subjektu je těžké určit, zda je vhodné využívat finance pocházející ze systému veřejného zdravotního pojištění k nákupu marketingových služeb, které nesouvisí s účelem činnosti ZP ani s jejím provozem.

### **3.3.5 Specifika zdravotní pojišťovny jako podniku**

Fakt, že ZP představuje jakéhosi prostředníka mezi pojištěnci a poskytovateli zdravotní péče, který dostává zaplacen za zakoupení zdravotní péče pro své klienty, představuje jednu z mnoha zvláštností odlišující ZP od ostatních firem. Mimo toto specifikum odlišující ZP od jiného podniku v ČR lze spatřovat i další rozdíly.

#### **Legislativa**

Zakládání, podmínky fungování, právní formy ale i likvidace podniku se řídí obchodním zákoníkem. V této oblasti se ZP v ČR řídí především zákonem č. 551/1991 Sb. (pro VZP) a zákonem č. 280/1992 Sb. (pro ostatní ZP). Tyto zákony ZP ukládají mimo složení SR a DR i podmínky hospodaření.

Vstup na specifický trh se zdravotním pojištěním mají ZP oproti vstupu ostatních firem na jiné trhy ztížený nejen složením až 50milionové kauce před schválením licence ale především podmínkou, že do jednoho roku od založení musí získat 50 tis. klientů.

Při srovnání právních forem podniku má ZP jako právní osoba se zvláštním statutem nejbližší k neziskové společnosti, protože nevytváří zisk, cílem ZP je vyrovnaný rozpočet. Blízko má i k akciové společnosti z důvodu vytváření DR, rezervního fondu a složení kaucí v řádech milionů jako podmínky vzniku.

Stejně jako u každého podniku v ČR řídí se ZP v případě zaměstnanců zákoníkem práce.

### **Hospodaření**

Příjmy podniku plynou z jeho podnikatelské činnosti. ZP je zakázáno podnikat, ale je povolena účast v dceřiných společnostech, které se smí věnovat podnikatelské činnosti. Výnosy z této činnosti podléhají dani stejně jako výnosy z podnikatelské činnosti jiného podniku.

Dalšími příjmy ZP jako správce fondu všeobecného zdravotního pojištění je především zdravotní pojistné od všech občanů ČR, cizinců žijících zde a jejich rodinných příslušníků, kteří se nechají pojistit nepovinně a pokuty a penále.

Výše celkového pojistného po přerozdělení nezávisí na počtu klientů, ale na struktuře pojistného kmene pojišťovny. Tedy na rozdíl od podnikatelské činnosti podniku, čím více klientů tím vyšší příjem, zde neplatí.

O výši nákladů rozhoduje vedení společnosti. U ZP také o nákladech rozhoduje vedení, ovšem vzhledem ke skutečnosti, že ZP spravuje veřejné finance, je každý rok hospodaření ZP kontrolováno státem. Povinností každé ZP je vypracování ročního plánu hospodaření ZP na následující rok, který musí schválit PSP. Na rok předešlý ZP vypracovává výroční zprávu, která musí také projít schválením PSP. Navíc je dán zákonný limit na výši nákladů.

### **Marketing**

- **PRODUKT** – poskytovaná zdravotní péče (včetně užívání tedy koupě léků)
- **ZÁKAZNÍK** – každý občan ČR (ale i cizinec zde)
- **DODAVATELÉ** – poskytovatelé zdravotní péče
- **CENA ZA DODAVATELE** – smluvní ujednání ZP a dodavatele, ale silný regulátor stát

- CELKOVÁ CENA PRODUKTU – pojistné, dáno zákonem (určuje stát)

Žádný podnik v ČR nevyrábí nebo neprodává takový produkt, který si musí všichni občané ČR koupit. Naopak u produktu ZP je stanovena povinnost každého občana ČR zaplatit jeho koupi, přestože není zaručeno, že tento produkt občan ČR využije. Navíc u ZP je velmi těžké stanovit produkt. Může jím být zdraví nebo celkově poskytování zdravotní péče včetně prodeje léků, které jsou součástí poskytované péče. Zde je brán jako produkt poskytovaná zdravotní péče. Ta je u každého občana ČR individuální, tedy produkt je vždy odlišný (nákladově je rozdílný).

Přesto v zásadě je produkt u všech ZP identický. Odlišnost produktu spočívá v každém občanovi ČR ne v ZP.

Zákazníkem může být u firmy kdokoliv na světě. V případě jejího expandování do ciziny i cizinec. Zákazníkem ZP je povinně občan ČR. ZP nabízejí svůj produkt pouze v rámci ČR, ale mohou i cizincům žijícím zde.

O cenách kupovaných služeb v podnikatelské sféře rozhoduje ujednání podniku s dodavatelem. Tyto ceny dále určují celkovou cenu produktu. V této oblasti mohou fungovat tržní mechanismy a zákon trhu.

V případě ZP se za dodavatele dají označit poskytovatelé zdravotní péče a ZP zde hraje nadneseně roli zprostředkovatele. O cenách služeb poskytovatelů ZP jedná s poskytovateli, ale vzhledem k specifikům trhu, na kterém se pohybují, je nutné regulátora v podobě státu.

Dodavateli mohou být i poskytovatelé zdravotní péče v cizině. Zde cenu nemůže ZP ovlivnit a její zákazník musí rozdíl doplatit, pokud si před nutností nechat se ošetřit v cizině nezakoupil připojištění na tyto účely.

Celková cena produktu zaplacená zákazníkem je dána zákonem a ZP na ni nemá žádný vliv. Navíc ji platí každý občan bez ohledu na fakt, jestli využije produkt cenově srovnatelný, jako byla cena, kterou za tento produkt zaplatil. Zjednodušeně zda roční

náklady na tohoto zákazníky budou ve stejné výši jako jeho celkové roční odvody na zdravotním pojištění.

Výjimkou úvodního schématu jsou preventivní programy pojišťoven. Maximální roční příděl z celkových ročních příjmů ZP do fondu prevence je 0,3 %. Z těchto financí ZP může financovat libovolné programy s jediným omezením – musí mít charakter prevence.

Zákazník i dodavatel je stejný jako u celkového produktu výše. Ovšem produktem jsou preventivní programy. Pomocí tohoto nabízeného produktu se může ZP odlišit. Složení produktu si tedy může ZP určit sama. Stejně tak na celkovou cenu produktu již má vliv ZP. ZP určuje, jak velký podíl z ceny produktu zaplatí zákazník. Cena se tak stává součástí marketingového mixu stejně jako nabízený produkt.

Ve snaze udržet si stávající zákazníky, případně získat nové, musí ZP stále sledovat konkurenci a přizpůsobovat svojí nabídku a cenu produktu konkurenci. Zde již platí podobné principy jako běžného podniku.

Tímto jednáním ZP se docílí, že ve skutečnosti jsou si preventivní programy velmi podobné, což je charakteristické pro monopolistickou konkurenci, kde klíčovou úlohu při boji o zákazníka musí sehrát především marketingová komunikace.

Mezi nástroje marketingové komunikace patří reklama (v tištěných, televizních a rozhlasových médiích, na billboardech a dalších), osobní prodej, public relations, podpora prodeje, přímý marketing. Všechny tyto prostředky marketingové komunikace může ZP využít.

### **3.4 Shrnutí současného stavu trhu zdravotních pojišťoven a financování zdravotní péče v České republice**

Finanční toky v současnosti vykazují nerovnováhu výdajů a příjmů zdravotních pojišťoven ve formě deficitu Kč 5 mld. Po analýze slabin příjmů ZP a výdajů na zdravotní péči bylo zjištěno, že vyřešení těchto slabin lze uskutečnit, ovšem na úkor státního rozpočtu, což je při současném hospodaření státu s deficitem vyloučeno.

Z analýzy finančních příjmů poskytovatelů zdravotní péče reprezentovaných lékaři vyplynulo, že je nutné zvýšit výši finančních příjmů lékařům formou zvýšení úhrad od ZP. Důvodem je stárnutí věkové struktury lékařského personálu a ve srovnání s ostatními obory a mzdami lékařů v cizině nedostatečného mzdového ohodnocení jako motivace ke studiu a vykonávání povolání lékaře.

Vzhledem k nedostatečným příjmům ZP, které nepokrývají celkové výdaje, je nutné hledat úsporu uvnitř systému ZP a v jejich hospodaření. Z analýzy provozních nákladů bylo zjištěno, že některé ZP jsou schopné hospodařit s nižšími náklady na jednoho pojištěnce. Příkladem je VoZP s nižšími průměrnými mzdami na jednoho zaměstnance včetně nižších mezd vrcholových zaměstnanců v porovnání s ostatními ZP či ZP Škoda, kde se členové SR, DR a RO vzdaly odměny.

Dále bylo při analýze provozních nákladů shledáno, že některé ZP využívají při své činnosti prostředků marketingové komunikace. Při zkoumání výše marketingových nákladů bylo zjištěno, že přesnou výši těchto nákladů VZ většiny ZP neuvádějí. Jak ukázala kapitola porovnávající rozdíly ZP a podniku obecně a především rozbor ZP po marketingové stránce, trh ZP se dá přirovnat k monopolistické konkurenci, která je charakteristická vysokými marketingovými náklady. Z této skutečnosti vyplývá, že při změně trhu ZP z monopolistické konkurence může dojít k úspoře provozních nákladů skrze snížení marketingových nákladů.

Překážkou k přiblížení tržního prostředí ZP k dokonalé konkurenci je mimo silné regulace státem a téměř nulové variabilitě nabízeného produktu také vysoký podíl státem řízené VZP, která prakticky rozhoduje o výších úhrad a vzniká tak střet zájmu v Dohodovacím řízení v případě neshody v požadavcích zástupců poskytovatelů zdravotní péče a VZP, kdy rozhoduje o výši úhrad MZ ČR.



Celkové výsledky analýzy financování a zdravotních pojišťoven se dají shrnout pomocí silných a slabých stránek:

**Silné stránky a příležitosti:**

- systém přerozdělování pojistného dle věku a pohlaví,
- vytváření fondu prevence u každé ZP,
- vytvoření úspory u provozních nákladů ZP.

**Slabé stránky a hrozby:**

- nízké pojistné za státní pojištěnce,
- deficit zdravotních pojišťoven,
- vysoký tržní podíl VZP,
- střet zájmů v případě Dohodovacího řízení,
- malý prostor pro vzájemné odlišení se jednotlivých ZP,
- nedostatečné mzdové ohodnocení zdravotnického personálu,
- stárnutí věkové struktury obyvatelstva,
- nezodpovědné chování části obyvatelstva

Za těchto okolností se nabízí změna současného nefunkčního systému několika zdravotních pojišťoven směrem k rozšíření prostoru jednotlivých ZP např. formou zavedení připojištění a rozdělení poskytované zdravotní péče na standardní a nadstandardní nebo naopak zavedení systému jediné ZP.

První model zavedení připojištění může pomocí různé výše pojistného zvýšit odpovědnost pojištěných za zdraví a oddělit odpovědnou část obyvatel od nezodpovědné (závislých na nikotinu, alkoholu, adrenalinových sportech, nezdravé stravě apod.). Za podmínek zúžení nabídky poskytované zdravotní péče v rámci veřejného zdravotního pojištění, získá systém zdravotnictví další finanční prostředky, ovšem na úkor občanů.

Naopak druhý model jediné ZP na trhu přináší úspory ve zrušení administrativy spojené s přerozdělováním pojistného či marketingových nákladech, kdy v systému s jednou zdravotní pojišťovnou nebude nutné používat marketingu.

Společné pro oba dva modely je vytvoření finanční rezervy potřebné k vyřešení nejzávažnějších slabin a hrozeb současného zdravotnictví spojených s finanční stránkou zdravotní péče:

- hospodaření zdravotních pojišťoven s deficitem Kč 5 mld.,
- podfinancování personální složky ústící do pravidelných stávek odborového svazu lékařů.

Pro další zkoumání je vybrán model jediné zdravotní pojišťovny, který je posuzován dle výše úspory a výhod a nevýhod pro účastníky systému zdravotnictví určených dle schématu organizační struktury zdravotnictví v příloze A: poskytovatelů zdravotní péče, pacientů (klientů), zdravotních pojišťoven a státu.

## 4 Návrh systému s jednou zdravotní pojišťovnou

Při posuzování návrhu systému s jednou ZP se nabízí návrh zavedení systému jedné ZP řízené státem (dále jen JSZP) případně vytvoření Správy zdravotního zabezpečení. Tento návrh pochází z plánu zdravotnické reformy vytvořené tzv. Hranatým stolem vzniklým v rámci Svazu pacientů. Ovšem nelze určit, jak dalece Svaz pacientů odráží názory samotných pacientů tedy občanů ČR.

Jak velká důvěra občanů ČR by byla ve státní ZP v současném systému reprezentované VZP lze usuzovat dle průzkumu STEM citovaného 25. 7. 2010 ve Zdravotnických novinách ZN. Až polovina všech dotázaných je přesvědčená o kvalitě poskytovaných služeb a proto by většina klientů VZP doporučila tuto ZP lidem ve svém okolí. V případě podpory JSZP tento průzkum uvádí, že třetina lidí je sice pro systém JSZP, ale naopak jedna třetina je zásadně proti. [64]

Další průzkumy otištěné v témže roce v květnovém čísle časopisu Medical Tribune uvádí, že třetina lidí, která je pro návrh systému JSZP, je tvořena převážně staršími lidmi a voliči KSČM. [65]

Ze současných politických stran v PSP měli při posledních volbách do PSP ve svých volebních programech v oblasti politiky zdravotnictví vytyčeno zavedení systému JSZP nebo Správy zdravotního zabezpečení právě KSČM ale i ČSSD. Další stranou v PSP, jejíž volební program souvisel s JSZP, byla i strana VV, která ve svém volebním programu navrhovala též JSZP pro veřejné zdravotní pojištění a naopak soukromé ZP určené pro možnost připojištění.

### 4.1 Možnosti realizace

V případě, že by získal návrh Svazu pacientů podporu zákonodárců především vrcholných politiků rozhodujících o směru zdravotnických reforem, může dojít k fázi realizace návrhu.

Po stránce organizační může být tento návrh realizován do dvou hlavních podob:

- zrušení ZP a ponechání JSZP,

- zrušení zaměstnaneckých pojišťoven a ponechání VZP jako JSZP,
  - zrušení všech ZP včetně VZP a zřízení nové JSZP,
- úplné zrušení všech ZP a zavedení tzv. Správy zdravotního zabezpečení.

Nejjednodušší formou především z hlediska nákladového je ponechání VZP jako JSZP. V případě, že by byla pro projekt JSZP založena úplně nová státní pojišťovna lze předpokládat, že většina pracovníků z VZP by zde hledala uplatnění a především na personálu stojí fungování každé firmy. Mohla by tak být založena zcela nová státní ZP oproštěna od negativních názorů na VZP, ale se stejným vedením. Podobné by mohlo být fungování i u Správy zdravotního zabezpečení.

Klíčové pro správný chod jakékoli podoby by mělo být nastavení fungování JSZP nebo Správy zdravotního zabezpečení na zcela nových pravidlech v řízení stanovených především na principech kvality a vysokých profesních nárocích na vrcholné pracovníky zdravotní pojišťovny doplněné nejvyšší možnou mírou transparentnosti vzhledem ke spravování veřejných financí.

Na rozdíl od současnosti, kdy je ředitel VZP schvalován pouze SR, kterou sice ve většině případů tvoří lidé disponující lékařským nebo ekonomickým vzděláním, ovšem jedná se o zástupce PSP a vlády a zvyšuje se tak riziko, že volba ředitele bude politicky ovlivněna.

V budoucnu by ředitel JSZP nebo vedoucí Správy zdravotního zabezpečení měl být vybírán z několika kandidátů ve výběrovém řízení. Jeho přijetí do funkce by měl posuzovat široký tým odborníků sestavený z lidí z praxe i teorie apoliticky orientovaných. Svoje zastoupení by tam tak měli mít jak odborníci přednášející na lékařských ale i ekonomických VŠ tak i manažeři nemocnic či doktoři (v případě členství těchto odborníků v současném orgánu VZP by to bylo v rozporu s § 18 odst. 1 zákona č. 551/1991 Sb. z důvodu střetu zájmu). V komisi by dále neměl chybět ani psycholog, který sestaví psychologický profil kandidáta jako je běžnou praxí v případě jmenování soudců nejvyššího soudu. Kandidát by musel ve své prezentaci před komisí představit svoje plány a vize pro řízení této JSZP, dle kterých se bude během své funkce řídit. [46]

Cílem tohoto výběrového řízení by měla být volba schopného ekonoma se znalostmi specifík ekonomiky zdravotnictví získaných z praxe a osobnostním potenciálem vést velkou státní firmu (nezkorumpovatelnou, vysoká odolnost vůči stresovým situacím, autorita a další). Průběh celého výběrového řízení z důvodu transparentnosti by měl být v tištěné i video verzi dostupný na internetových stránkách MZ ČR nebo této ZP. Podle stejného vzoru by měli být vybírání i ostatní vrcholní zaměstnanci JSZP.

Dle přesných pokynů takto zvolených vrcholných manažerů se budou řídit všichni pracovníci, od kterých bude vyžadována zpětná vazba pro zefektivnění a zlepšení fungování celé organizace. V případě hospodářských problémů JSZP bude provedena kontrola až po nejnižší pracovníky, zda dodržují předepsané postupy. V případě že se tak děje, je to důkazem, že pokyny vrcholných pracovníků byly chybné a na základě nově získaných údajů je potřeba vymyslet lépe fungující.

Je možné, že se bude jednat o tak rozsáhlou změnu systému, že bude jednodušší vytvořit zcela novou instituci (nová JSZP nebo Správa zdravotního zabezpečení) sestavenou z pracovníků vybíraných na výše jmenovaných principech.

Základem, jak vytvořit systém JSZP ze současného systému, je vymyslet způsob, jak převést pojistný kmen pod správu státu. Vzhledem k výchozí situaci 6 zaměstnaneckých pojišťoven a 1 státní ZP lze uvažovat o převedení správy pojistného kmene na stát následujícími způsoby:

1) Zánikem jednotlivých zaměstnaneckých pojišťoven (resp. všech ZP):

- bez likvidace – sloučení všech ZP do JSZP,
- s likvidací – úplný zánik jednotlivých zaměstnaneckých pojišťoven (resp. všech ZP).

Převedení pojistného kmene pod správu státu představuje důležitý krok, díky němuž stát může již jen rozhodnout, zda pojistný kmen bude spravovat přes VZP, nové JSZP nebo Správu zdravotního zabezpečení.

2) Přesunutím pouze finančních toků – příjmů plynoucích z pojistného kmene.

Alternativou k převádění pojistného kmene pod správu státu představuje přesměrování finanční toků, které jsou hlavní součástí pojistného kmene, protože představují příjmy do systému zdravotního pojištění.

Přesměrovat finanční toky se zdravotním pojištěním od pojištěnců pod stát lze dvěma způsoby

- převzetí bankovních účtů ZP JSZP (resp. Správou zdravotního zabezpečení) nebo
- zrušení bankovních účtů ZP a zavedením pouze jednoho účtu u JSZP (resp. Správy zdravotního zabezpečení) – posílání příspěvků zdravotního pojištění pouze na tento jeden účet.

#### **4.1.1 Sloučení do jedné státem řízené zdravotní pojišťovny**

- sloučení VZP do zcela nové JSZP
- sloučení zaměstnaneckých pojišťoven do VZP resp. JSZP

Se sloučením VZP s jinou ZP nebylo prozatím legislativně počítáno, proto neexistuje v zákoně č. 551/1991 Sb. informace o případu slučování s jinou byť také státní ZP. Pokud by o sloučení měla rozhodovat SR VZP jako je to v případě zaměstnaneckých pojišťoven, jednalo by se o pouhou formalitu vzhledem ke složení SR zástupci státu, kteří by měli jednat v souladu s politikou zavedení systému JSZP resp. Správy zdravotního zabezpečení, kterou zastávají zákonodárci (jmenované jako předpoklad pro zavedení systému JSZP v úvodu kapitoly).

Sloučení zaměstnanecké pojišťovny s JSZP, jak už bylo zmíněno v kapitole o Orgánech ZP, musí dle zákona č. 280/1992 Sb. odsouhlasit SR zrušované ZP a to nadpoloviční většinou (8 z 15 hlasů).

Dle předpokladu, že zákonodárci zastávají ideu vytvoření systému JSZP, lze uvažovat, že všichni zástupci státu budou jednotně hlasovat pro sloučení zaměstnaneckých pojišťoven do JSZP. Přesto i za těchto podmínek je zapotřebí v SR každé z 6 zaměstnaneckých

pojišťoven navíc 3 hlasy od zástupců pojištěnců, kteří by hlasovali spolu se zástupci státu, aby pro návrh sloučení byla nadpoloviční většina SR.

Z tohoto pohledu je otázkou, za jakých okolností by minimálně 3 členové (mimo zástupce státu) SR zaměstnanecké pojišťovny souhlasily se sloučením s VZP resp. JSZP. Členové SR hlasují obvykle pro sloučení z následujících důvodů:

- nedostatečný počet smluvních zdravotnických zařízení zaměstnanecké pojišťovny,
- hospodářské problémy zaměstnanecké pojišťovny,
- hrozba odejmutí povolení provádět všeobecné zdravotní pojištění dle § 6 odst. 7 zákona č. 280/1992 Sb.

Za okolností, že zaměstnanecké pojišťovně nehrozí žádný z výše uvedených důvodů, aby SR uvažovala o sloučení s VZP resp. s JSZP, existují i další možnosti, jak může dojít k souhlasu SR se sloučením dané zaměstnanecké pojišťovny s JSZP:

- nadpoloviční většina členů ve SR je pro myšlenku zavedení systému JSZP,
  - členové voleni z řad pojištěnců dotyčné ZP jsou názorově pozitivně nakloněni systému JSZP v ČR,
  - je novelizován zákon č. 280/1992 Sb. (změny v § 10 odst. 3 o složení SR ve prospěch státu),
- direktivně – nařízeno státem vydáním nového zákona o povinnosti k určitému datu se sloučit s JSZP.

K získání potřebného množství hlasů lze využít i pomocí nelegálních prostředků, které ovšem patří mezi trestné činy a z tohoto důvodu jsou pouze uváděny jako určité možnosti, ke kterým může dojít:

- koupení hlasů zástupců pojištěnců (trestný čin korupce),
- nátlak na zástupce pojištěnců – výhrůžky, zastrašování apod.

V případě, že by návrh na zavedení systému JSZP v ČR získal podporu veřejnosti, zvyšuje se pravděpodobnost, že i někteří z členů SR mohou podporovat myšlenku zavedení

systému JSZP a jejich hlasy (minimálně 3 v každé SR) spolu s hlasy zástupců státu by mohly vytvořit potřebnou většinu pro odhlasování sloučení zaměstnaneckých pojišťoven.

V případě, že stát nebude moci spoléhat s jistotou na většinovou podporu veřejnosti a tedy zástupců pojištěnců ve SR, představuje další možnost samotné sdružení Svazu pacientů, které sloučení ZP do JSZP navrhuje. Pokud by jeho členové byli jmenováni do SR zaměstnaneckých pojišťoven jako zástupci z řad zaměstnavatelů nebo zaměstnanců, získali by tak zástupci státu důležité spojení při hlasování o sloučení zaměstnaneckých pojišťoven a pojistili by si tak odhlasování sloučení zaměstnaneckých pojišťoven do JSZP.

Kdyby i tato možnost selhala a nepodařilo se dostat část zástupců pojištěnců na stranu zástupců hájících zájmy státu, musel by se stát pokusit novelou zákona č. 280/ 1992 Sb. změnit podíl zástupců státu ve SR na většinový, čímž by došlo k prohloubení státního dohledu nad zaměstnaneckými pojišťovнами. To by ovšem vyvolalo silné negativní reakce zaměstnaneckých pojišťoven, které by se proti tomu rozhodnutí snažily bránit.

Negativní reakce zaměstnaneckých pojišťoven i Svazu zdravotních pojišťoven by stejně tak vyvolal zákon o povinném sdružování zaměstnaneckých pojišťoven do JSZP, na základě kterého by nebylo potřeba žádného souhlasu SR, ovšem nelze předvídat, jak by se zaměstnanecké pojišťovny rozhodly bránit a co by toto direktivní nařízení přineslo. Z tohoto důvodu je i pro stát výhodnější jednat se zaměstnaneckými pojišťovnými v duchu demokratických zásad.

#### **4.1.2 Úplný zánik jednotlivých zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven**

- samotná ZP se tak rozhodne z důvodu např.:
  - nedostatečného počtu smluvních zdravotnických zařízení zaměstnanecké pojišťovny a bezvýsledných pokusů o navýšení,
  - hospodářských problémů zaměstnanecké pojišťovny,
  - hrozby odejmutí povolení provádět všeobecné zdravotní pojištění dle § 6 odst. 7 zákona č. 280/1992 Sb.,
- „cílená likvidace“ – rozhodne MZ ČR o likvidaci:
  - buď dle § 6 odst. 7 zákona č. 280/ 1992 Sb.,



- na základě nově vydaného zákona o zřízení systému JSZP, který bude k této příležitosti vydán.

I v případě, že se jedná o prosperující ZP, která hospodaří bez deficitu a má sjednán dostatečný počet zdravotních zařízení pro poskytování zdravotní péče svým klientů, lze docílit MZ ČR jejího zrušení. Za podmínky, že se MZ ČR rozhodne neschválit zdravotně pojistný plán na následující rok nebo VZ za uplynulý rok na základě své interní politiky zavedení systému jedné ZP, může ZP odejmout povolení k provádění všeobecného zdravotního pojištění.

Na základě tohoto posledně jmenovaného způsobu se docílí převedení všech klientů k VZP, jak je dle současného zákona uvedeno v případě, že ZP zanikne nebo je zrušena.

V případě sloučení s VZP nebo úplným zrušením zaměstnaneckých pojišťoven se pojistný kmen ocitne pod správou VZP, která je řízená státem. Po splnění tohoto kroku může být správa pojistného kmene převedena buď pod nově zřízenou JSZP (pokud bude počítáno se zrušením VZP a zřízením zcela nové JSZP) nebo pod tzv. Správu zdravotního zabezpečení zmíněnou v úvodu jako další variantu k systému JSZP.

#### **4.1.3 Převedení finančních toků zdravotního pojistného**

V případě možnosti převedení finančních toků zdravotního pojistného od pojištěnců pod správu státu jsou dvě možnosti provedení:

- převzetí bankovních účtů ZP JSZP (resp. Správou zdravotního zabezpečení)
- zrušením bankovních účtů ZP a zavedením pouze jednoho účtu u JSZP (resp. Správy zdravotního zabezpečení) – posílání příspěvků zdravotního pojištění pouze na tento jeden účet.

Tyto v základě stejné změny by si ovšem musely vyžádat změnu zákona. V případě, že by takový zákon o jednom zvláštním účtu nebo převzetí účtů ostatních ZP vešel v platnost, fakticky by mohla fungovat JSZP disponující těmito příjmy.

Návrhu zavedení jednoho jediného účtu pro příjem veškerého pojistného přejde i vytvoření tzv. JIM, které by mělo začít fungovat nejpozději od 1. 1. 2015. Tato změna výběru pojistného z pohledu formy jednoho jediného zvláštního účtu, kam bude pojistné všech pojištěnců ukládáno, je stejná jako navržené změny pro realizaci jedné ZP převedením pojistného všech pojištěnců pod správu státu.

Převedení správy pojistného kmene nebo příjmů plynoucích z pojistného kmene od zaměstnaneckých pojišťoven za předpokladu, že tyto příjmy se mezi zaměstnanecké pojišťovny nebudou později přerozdělovat podle struktury pojistného kmene, ale JSZP bude jako jediná smluvně sjednávat zdravotní péči se zdravotnickými zařízeními pro občany ČR, přináší zánik zaměstnaneckých pojišťoven jako nositelů všeobecného zdravotního pojištění (status dle zákona) a zavedení systému s JSZP.

I po odebrání statusu nositele všeobecného zdravotního pojištění mohou dále přetrvávat zaměstnanecké pojišťovny a to ve formě soukromých ZP poskytujících soukromé připojištění. Takto je to v Polsku, kde je povinné zdravotní pojištění s JSZP a možnost soukromého připojištění u soukromých ZP. Zbývá pouze určit, co zařadit do základní poskytované zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a za co si občané ČR musí zaplatit nebo se připojistit u soukromých ZP.

K provedení výše uvedených změn k realizaci systému JSZP je potřeba minimálních finančních prostředků oproti finančním nákladům na pronájem klientů zaměstnaneckých pojišťoven nebo odkoupení akcií zaměstnaneckých pojišťoven, jak je stanovena strategie vzniku systému jedné státem řízené zdravotní pojišťovny na Slovensku. [17]

Přesto určité náklady si změna vyžádá. Srovnání kladů a negativ z hlediska nákladů systému s více ZP a nákladů zavedením systému JSZP je předmětem další kapitoly.

## **4.2 Výhody a nevýhody z hlediska provozních nákladů**

Zrušení ZP a návrat k systému JSZP případně k Správě zdravotního zabezpečení známé u nás z dob socialismu před rokem 1989 přináší následující pozitiva především v oblasti provozních nákladů:

- snížení či úplné odbourání marketingových nákladů ZP,
- snížení mzdových nákladů,
  - snížení celkového počtu osob zaměstnaných v ZP,
  - zrušení administrativy spojené s přerozdělováním pojistného,
- snížení počtu poboček ZP,
  - snížení nákladů na provoz poboček,
  - výnosy z prodeje nebo pronájmu prostor bývalých poboček,
- zrušení průkazů ZP a nákladů s nimi spjatými.

Ušetřené finance v oblasti provozních nákladů představují hlavní výhodu celého návrhu v podobě nalezení finanční rezervy pro vyrovnané hospodaření ZP a uspokojení platových potřeb stávajících lékařů. Snížení provozních nákladů by se v ideálním případě při vyrovnaném rozpočtu JSZP měly projevit ve zvýšení výše financí v základním fondu zdravotního pojištění.

Z ekonomického hlediska zavedení JSZP přináší následující negativa:

- propouštění personálu pro nadbytečnost po sloučení ZP
  - zvýšení nezaměstnanosti (vyšší náklady státu na sociální dávky)
  - náklady na odstupné
- zbavení trhu ZP konkurenčního boje
  - absence srovnání, které by stanovilo jasnou hranici provozních nákladů
  - snížení kvality poskytovaných služeb u JSZP

#### **4.2.1 Marketingové náklady**

Vzhledem k charakteru trhu ZP jako monopolistické konkurence představuje zavedení JSZP změnu tržní struktury na monopol a výhodu ve snížení nákladů na marketing.

Skutečnost, že ZP skutečně vyžívají marketingu, dokazuje struktura ZP uvedená ve VZ jednotlivých ZP. Konkrétně v případě VZP pracují pod *Úsekem služeb klientům* dva odbory: *Odbor služeb klientům* a *Odbor marketingu*, u ČPZP jeden z 5 *Odborných úseků* je *Úsek marketingu a prodeje* a u ZP Škoda je přímo řediteli podřízený *Odbor pojistných vztahů a marketingu*, pod který spadá řízení poboček. ZPMV ČR ve VZ uvádí přesné

náklady na propagaci – marketing přes Kč 50 milionů a regionální ZP RBP za reklamu a inzerci Kč 31 milionů. [49] [58] – [63]

Veřejně přístupné přesné údaje o nákladech na marketingovou komunikaci jsou ovšem u ZP výjimkou. Přesná výše nákladů marketingového oddělení jednotlivých ZP je ve většině případů interní informací každé ZP, která se nezveřejňuje. Tyto informace jsou známy jen úzkému okruhu lidí na centrále ZP.

Hrubou představu o těchto provozních nákladech věnovaných na marketingové účely si lze udělat za pomoci zjištěných údajů o cenách inzerce v nejčtenějších časopisech a novinách a na příkladu ČPZP, jejíž reklamní spoty bylo možné vidět od srpna 2012 několikrát měsíčně na TV Nova v Prime Time (18:00 až 23:00). Díky údajům o cenách inzerce a televizní reklamy lze tak lépe pochopit náklady na marketing u ZPMV ČR a RBP v řádech milionů korun. Využívání dalších nástrojů marketingové komunikace ZP ukazují příklady podpory prodeje ZP ve formě pořádaných akcí a soutěží, ale také využívání sociálních sítí ZP.

Cílovou skupinou jsou občané ČR starší 18 let a to na základě faktu, že o změně ZP mohou rozhodovat občané starší 18 let. Dle výzkumu trhu, který uvádí, jaké osoby nejčastěji zvažují změnu ZP, lze cílovou skupinu blíže specifikovat jako vdané ženy ve věku 30 až 44 let. Právě tato skupina častěji než ostatní přemýšlí o změně své ZP. Mladší pojištěnci ve věku 18 až 44 let se zájmem o zdravý životní styl navíc vyhledávají a sledují nabídku specializovaných programů, které nabízejí ZP v rámci preventivní péče. [64] [66]

### **Inzerce v tištěných médiích**

Inzerce v tištěných médiích je výhodná díky své nízké ceně a velmi dobré možnosti zacílit na cílovou skupinu. Následující Tabulka 12 uvádí ceny inzerce v nejčtenějších časopisech určených výše definované cílové skupině, ve kterých inzerují některé ZP, ovšem nejedná se o pravidlo. Vzhledem k informacím z průzkumu trhu, dle kterých má vysoký vliv při rozhodování o změně ZP lékař, jsou zařazeny i zdravotnické odborné časopisy.

Tabulka 12 Náklady na inzerci v nejčtenějších časopisech (cena inzerce v Kč bez DPH)

NEJČTENĚJŠÍ ČASOPISY	cena inzerce	formát	četnost/vydání	četnost
<b>PRO ŽENY</b>				
CHVILKA PRO TEBE	205 000	199x265 mm	669 000	týdeník
SVĚT ŽENY	225 000	173x220 mm	529 000	měsíčník
KATKA	200 000	173x220 mm	460 000	týdeník
ŽENA A ŽIVOT	270 000	169x242 mm	380 000	čtrnáctideník
PŘEKVAPENÍ	135 000	194x250 mm	342 000	týdeník
VLASTA	210 000	199x253 mm	316 000	týdeník
TINA	149 000	189x263 mm	268 000	týdeník
PRAKTICKÁ ŽENA	120 000	180x245 mm	157 000	měsíčník
MAMINKA	152 000	173x236 mm	106 000	měsíčník
<b>SPOLEČENSKÉ ČASOPISY</b>				
TÝDENÍK KVĚTY	225 000	190x262 mm	350 000	týdeník
<b>ČASOPISY ŽIVOTNÍHO STYLU PRO ŽENY</b>				
GLANC	203 000	180x240 mm	225 000	čtrnáctideník
JOY	205 000	168x223 mm	218 000	měsíčník
MARIANNE	225 000	200x266 mm	187 000	měsíčník
ELLE	235 000	203x274 mm	183 000	měsíčník
<b>ČASOPISY O ZDRAVÍ A ŽIVOTNÍM STYLU</b>				
DIETA	129 000	183x245 mm	108 000	měsíčník
ZDRAVÍ	78 000	186x236 mm	106 000	měsíčník
MOJE ZDRAVÍ	129 000	179x265 mm	91 000	měsíčník
<b>ZDRAVOTNICKÉ ODBORNÉ ČASOPISY</b>				
ZDRAVOTNICKÉ NOVINY	64 000	215x276 mm	65 000	čtrnáctideník
SESTRA	43 000	189x251 mm	37 000	měsíčník
Zdroj: Vlastní zpracování dle [67] — [80]				

Některá vydavatelství nabízejí množstevní slevy nebo zvýhodněné balíčky při inzerci ve více jimi vydávanými médii, z tohoto důvodu jsou v tabulce uvedeny pouze ceny orientační jako ceny základní bez DPH včetně ceny za barevné provedení dle platných ceníků pro rok 2012. Tato základní cena platí pro formát jedné strany, jejíž plocha je specifická pro každé médium a z tohoto důvodu jsou v tabulce také uvedeny rozměry formátu, za který je placena uvedená cena inzerce.

### Televizní reklama

Mnohem dražším médiem využívaným pro reklamní účely jsou televizní stanice. Tento prostředek představuje výhodu v pokrytí větší skupiny lidí, ovšem má omezenou schopnost zacílit na konkrétní cílovou skupinu.

Reklamní spoty nabízí všechny české televizní stanice, včetně České televize, kde také lze vidět reklamní spoty ZP konkrétně 11. 10. 2012 v 14:00 hodin během pořadu věnovaného především ženám odvysílala televizní stanice ČT1 reklamní spot ČPZP.

Od srpna do října v Prime Time vysílala spoty této ZP i TV Nova. Reklamní spot původně upozorňující na výhody u ČPZP se v září změnil na spot oznamující sloučení ČPZP a M-A ZP. Frekvence těchto spotů byla následující: přibližně čtyři 30s spoty v měsíci srpen, osm 30s v měsíci září a v měsíci říjen pět 10s spotů. Omezená schopnost tohoto typu reklamy zacílit na cílovou skupinu byla částečně kompenzována umístěním spotu v reklamních přestávkách Televizních novin a seriálu z lékařského prostředí.

Odhad ceny jednoho spotu v jednotlivých měsících tohoto období a údaje důležité pro jeho výpočet ukazuje Tabulka 13. Cena jednoho spotu se odvíjí vždy od ceníku konkrétní televizní stanice. Dle Cenových podmínek CET 21 spol. s r. o. vlastníci TV Novu je základní cena 30s spotu v Prime Time stanovena na Kč 16 200 za jeden ratingový bod nazývána *referenční CPP*. Výsledná cena (v tabulce jako „přepočtená CPP“) za jeden ratingový bod se mění dle koeficientů různých pro každý měsíc. Tyto koeficienty oscilují kolem hodnoty 1 a v podzimních a jarních měsících (duben, květen, říjen a listopad) jsou nejvyšší z důvodu vyšší sledovanosti televize obecně v těchto měsících. [81]

*Tabulka 13 Cena jednoho 30s reklamního spotu TV Nova v období srpen až říjen*

měsíc	koeficient	referenční CPP [Kč]	přepočtená CPP [Kč]	odhad ceny spotu [Kč]
<b>srpen</b>	0,8	16 200	12 960	<b>310 000 – 350 000</b>
<b>září</b>	1,1	16 200	17 820	<b>500 000 – 570 000</b>
<b>říjen</b>	1,3	16 200	21 060	<b>610 000 – 690 000</b>

Zdroj: Vlastní zpracování dle [81]

Jelikož přepočtená CPP pro daný měsíc je pouze cenou za jeden ratingový bod, musí být pro určení celkové ceny jednoho 30s spotu tato CPP vynásobena průměrným počtem ratingových bodů daného reklamního bloku, v němž běží určený spot. Počet ratingových bodů ceník TV NOVA definuje jako počet procent cílové skupiny (v tomto případě se jedná o cílovou skupinu 15+ nebo-li fyzické osoby v populaci ČR starší 15 let), což je zjednodušeně procento sledovanosti. [81]

Data o sledovanosti televizních stanic sleduje Asociace televizních organizací (dále jen ATO). Tyto data sledovanosti jsou veřejně dostupné na jejich internetových stránkách.

Ovšem na základě ochrany těchto dat autorským zákonem č. 121/2000 Sb. nelze bez souhlasu ATO publikovaná data na jejich webových stránkách jakýmkoliv způsobem dále zveřejňovat, kopírovat, rozšiřovat, pořizovat jakékoliv přepisy, archivovat a dále zpracovávat. [82]

Vzhledem k této skutečnosti a faktu, že při žádosti o poskytnutí dat nebylo možné vyhovět všem podmínkám požadovaných ATO, nemohly být přesné údaje o sledovanosti v této práci uvedeny ani použity při výpočtech celkové ceny 30s spotu. Z tohoto důvodu uvedené ceny spotů jsou pouze přibližný odhad zaokrouhlený na desítky tisíc. Pro výpočet odhadu bylo stanoveno rozmezí hodnot sledovanosti:

- měsíc srpen: 24 až 27 %,
- pro měsíc září zvýšenými 28 až 32 % a
- pro měsíc říjen 29 až 33 %.

Na základě odhadu cen jednoho spotu z Tabulky 13 a frekvenci vysílání reklamních spotů v jednotlivých měsících vychází minimální hodnota pro měsíc srpen přibližně ve výši Kč 1 240 000 a pro měsíc září Kč 4 000 000. Pro měsíc říjen, kdy byly pozorovány i velmi krátké 10s spoty před časomírou Televizních novin, se cena jednoho 10s spotu počítá jako násobek ceny 30s spotu a koeficientu stanoveného dle délky spotu (pro reklamní spot kratší 10 s činí koeficient 0,5). Minimální částka za jeden 10s spot v měsíci říjen vychází Kč 305 000, celkem tedy Kč 1 525 000 za pět 10s spotů. Odhad minimálních nákladů ČPZP na tuto akci takto dohromady činí Kč 6 765 000.

Tato částka je ovšem pouze hrubý odhad z důvodu nepřesných údajů o sledovanosti a krátké doby pozorování reklamní akce ČPZP. Navíc i v případě, že by se jednalo o přesnou částku jednalo by se pouze o základní cenu bez slev jako jsou např. *Objemová sleva*, *Sleva na první reklamní kampaň*, *Sleva za předplatbu* apod. nabízené TV NOVA. Na základě tzv. *Objemové slevy* je poskytována 4% sleva z referenčního CPP při objednávce nad Kč 4 miliony, při objednávce ve výši Kč 10 milionů a vyšší až 9% sleva z referenčního CPP. Přesná cena, počet reklamních spotů a další podmínky smluvního

ujednání mezi CET 21 spol. s r. o. a ČPZP jsou známy pouze zástupcům těchto dvou subjektů. [81]

Další ZP, která v období od srpna do října sjednala s CET 21 spol. s r. o. smlouvu na odvysílání reklamních spotů, byla VZP, jejíž spoty byly k vidění na TV Nova v polovině října a na konci října. První spot byl odvysílán v 18:26 mimo Prime Time a tedy za nižší cenu. Ta se pro dobu mimo Prime Time vypočítává jako referenční cena násobena koeficientem 0,75 (stejný pro všechny měsíce). Výsledná částka jednoho spotu při výpočtech s dolní hranicí odhadu sledovanosti pro měsíc říjen zmíněnou výše je Kč 350 000 (zaokrouhlena na desítky tisíc). Cena druhého spotu VZP již v Prime Time je dle Tabulky 13 Kč 610 000. V tomto případě tedy přibližně Kč 960 000. pouze za dva reklamní spoty VZP. [81]

Na základě těchto příkladů marketingové komunikace a údajů o nákladech na marketing u ZPMV ČR a RBP lze konstatovat, že náklady na marketing ZP běžně mohou dosahovat za rok částek i v řádech deseti milionů.

### **Sociální sítě**

Minimální marketingové náklady s porovnání s předchozími příklady představuje propagace zdravotní pojišťovny na sociálních sítích. Nejrozšířenější sociální síť v ČR je facebook. Dle statistik má k 16. 12. 2012 v ČR na facebooku účet 3 802 200 lidí, což představuje přes 37 % celkové populace v ČR. Z hlediska věkové struktury až 84 % lidí ve věku 18 až 44 let má zřízené facebookové účty. [83]

Tento poměrně nový nástroj marketingového komunikace lze nákladově popsat následovně: založení profilu nebo stránek ZP na facebooku je zdarma a spravovat tento profil může pouze jeden člověk. Jediným nákladem pak je jeho mzda (pokud ZP nevyužije nabídky specializované firmy, která by za ně účet spravovala, což je v současné době také možné). Mimo založení profilu může ZP za pomoci svého profilu vytvořit také zdarma na facebookových stránkách tzv. *Událost* na některou z propagačních akcí, kterou pořádá nejen pro své klienty v rámci preventivní péče. [84]



Prostřednictvím sociální sítě může ZP nejen komunikovat se svými současnými nebo potenciálními klienty nebo-li všemi návštěvníky jejího profilu a zodpovídat jejich dotazy prakticky okamžitě, ale také zvát na svoje akce pořádané v rámci jejich preventivních programů buď přímo na svých stránkách nebo prostřednictvím facebooku poslané pozvánky na *Událost* vytvořenou na facebooku. Preventivní programy, které jsou jako jediné odlišení zdravotních pojišťoven nejčastěji předmětem reklamy, hrají hlavní úlohu i na facebookových stránkách ZP. Prostřednictvím facebooku může každá ZP informovat všechny návštěvníky jejich stránek včetně svých klientů o nejaktuálnějších výhodách jejich ZP v oblasti prevence. [84]

Základní informace o facebookových stránkách ZP uvádí Tabulka 14 pod tímto textem.

*Tabulka 14 Zdravotní pojišťovny na facebooku (k datu 17. 12. 2012)*

<b>zdravotní pojišťovna</b>	<b>název facebookové stránky</b>	<b>počet like</b>	<b>vznik stránky</b>	<b>poslední aktivita</b>
<b>VZP</b>	Mořský koník	9 691	20.12.2010	11.12.2012
	Třetí dávka zdarma. Bonus očkování od VZP	2 748	1.6.2010	29.12.2010
	Jedna dávka zdarma	1 859	13.12.2011	19.12.2011
	Být u VZP se vyplatí	27	15.4.2012	24.7.2012
	Benefity pro celou rodinu	4	16.4.2012	21.5.2012
<b>ZPMV ČR</b>	Zdraví jako vášeň	20 390	19.2.2010	11.12.2012
	Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR	3 567	26.10.2012	28.11.2012
<b>ČPZP</b>	Česká průmyslová zdravotní pojišťovna	7 546	1.6.2010	17.12.2012
	Zdravotní pojišťovna METAL-ALIANCE	1 216	31.7.2011	11.12.2012
<b>OZP</b>	OZPáček	13 252	11.6.2010	17.12.2012
	Oborová zdravotní pojišťovna	79	21.2.2011	21.2.2011
<b>VoZP</b>	Vojenská zdravotní pojišťovna	23	18.9.2011	28.10.2012

Zdroj: Vlastní zpracování dle [84]

Jak Tabulka 14 ukazuje, v prosinci 2012 lze na facebooku najít několik stránek od čtyř ZP. Na facebooku figurují pod jménem dvou dalších ZP – OZP a VoZP, facebookové stránky (v Tabulce 14 v šedě vybarvených buňkách), u kterých není jisté, zda správce těchto stránek spravuje tyto stránky s vědomím dotyčné ZP. Navíc pro obě stránky je společná charakteristika nulové aktivity.

Největší ZP v ČR VZP provozuje několik facebookových stránek nazvaných podle programů prevence, které tato ZP nabízí. Nízká aktivita některých stránek budí dojem, že byly založeny pouze pro zviditelnění nově vzniklé preventivní akce v určité době. Příkladem jsou stránka *Jedna dávka zdarma* informující o očkování proti klíšťové encefalitidě, která přestala být aktivní ze strany svého správce do týdne od založení, a stránka *Třetí dávka zdarma. Bonus očkování od VZP* upozorňující na slevu při očkování proti rakovině děložního čípku ukazuje poslední aktivitu ze strany správce profilu již půl roku od založení před dvěma lety.

Jedinou facebookovou stránkou VZP, kde její správce pravidelně komunikuje s uživateli, je stránka *Mořský koník* založená na konci roku 2010. Navíc lze tuto stránku označit jako oficiální stránkou VZP na facebooku vzhledem k odkazu na ni přímo na stránkách VZP.

ZPMV ČR spravuje nejdéle fungující facebookové stránky ze všech ZP, což se odráží i na počtu uživatelů, kteří zvolili při návštěvě této stránky, že se jim tato stránka líbí. Na základě faktu, že na svých webových stránkách ZP přímo odkazuje na tyto facebookové stránky, lze tvrdit, že se jedná o oficiální stránky ZP. Dle sledování příspěvků správce profilu komunikuje s těmito uživateli a dokáže výborně využít výhod tohoto způsobu reklamy. První facebooková stránka vznikla v rámci projektu ZPMV ČR *Zdraví jako vášeň*, který má i svou samostatnou webovou stránku [www.zdravijakovasen.cz](http://www.zdravijakovasen.cz). Zajímavostí je, že druhá stránka pod celým názvem ZPMV ČR vznikla až teprve nedávno. [85] [86]

Další facebooková stránka a také oficiální dle přístupu přímo z webových stránek ZP je od ČPZP. Příspěvky správce jsou přidávány téměř každý pracovní den a dotazy uživatelů jsou zodpovídaný i mimo pracovní dny nejpozději jeden den od položení dotazu. Přes facebookové stránky ČPZP se lze přihlásit do různých aplikací např. *Pošli Vánoční hvězdu* (vstupem do aplikace a sdílením hvězdy uživatel podpoří nadaci Archa Chantal) nebo *Poradna*, kde každý po vstupu do aplikace může vyplnit dotaz, na který mu odpoví zaměstnanec pojišťovny, v jehož kompetenci je předmět dotazu. V nabídce jsou i animované spoty informativního charakteru, přes které se lze přepojit na webové stránky pojišťovny. [84]

Pod správu ČPZP spadá i facebooková stránka ZP M-A sloučené v nedávné době s ČPZP. Na této stránce je informace o sloučení společně s logem doprovázejícím i reklamní spoty o sloučení v televizi s názvem *Společně jsme silnější* a nabídka na soutěž *Staň se fanouškem ČPZP*, kde se přes odkaz na Pravidla hry přepojí uživatel na webové stránky ČPZP s pravidly hry. [84]

Čtvrtá nejsilnější ZP v ČR pojmenovala své facebookové stránky po svém maskotovi OZPáčkovi. Tento název představuje slabinu těchto stránek v případě vyhledávání OZP na facebooku především, pokud hledající nezná tohoto maskota. Tento fakt nekompensují ani webové stránky OZP umístěním odkazu na facebook. Jediným vodítkem je klientský časopis OZP určený pouze klientům OZP, ve kterém na své facebookové stránky pravidelně OZP odkazuje, přesto *OZPáček* má již více než 13 tis. fanoušků a je druhou nejoblíbenější stránkou ZP na facebooku. [87]

Správce stránky komunikuje s uživateli i několikrát denně a v rámci této stránky lze také využít soutěžní aplikace např. *Fotosoutěž s OZPáčkem* podobně jako to bylo u stránek ČPZP. [84]

Na příkladě facebookových stránek OZP, ZPMV ČR a především ČPZP je velmi dobře ukázáno, jak lze maximálně využít sociální sítě ve prospěch ZP za použití minimálních nákladů ve srovnání s jinými způsoby zviditelnění.

### **Klientské časopisy**

Klientský časopis zdravotní pojišťovny je rozesílán poštou klientům dotyčné ZP nebo je k dostání na pobočkách ZP. V PDF formě je k vidění i na webových stránkách zdravotní pojišťovny všem uživatelům internetu.

Vydávání časopisu přináší mimo náklady na tisk také náklady na mzdy redakční radě časopisu. Klientský časopis vydává ZP v průměru dvakrát roka o obsahu cca 30 stran barevného tisku. Podrobnější informace o počtu stran a frekvenci vydání klientských časopisů 6 ZP (údaje o existenci klientského časopisu ZP Škoda nebyly nalezeny) uvádí následující Tabulka 15.

*Tabulka 15 Klientské časopisy zdravotních pojišťoven*

<b>zdravotní pojišťovna</b>	<b>název klientského časopisu</b>	<b>četnost/rok</b>	<b>počet stránek</b>
<b>VZP</b>	Zdraví plus	2	46
<b>ZP MV ČR</b>	Bulletin	2	28–35
<b>ČPZP</b>	Plus pro zdraví	2	16
<b>OZP</b>	Bonus Info	2	35
<b>VoZP</b>	Zpravodaj VoZP	1	50
<b>RBP</b>	Zpravodaj	4	10

Zdroj: Vlastní zpracování dle [87] – [92]

Klientské časopisy seznamují pojištěnce s novinkami ve zdravotním pojištění, bonusech, preventivních programech a celkovém chodu klientovy ZP. Lze zde najít i inzerci většinou na cestovní pojištění nebo cestovní kanceláře, zdravotnické potřeby apod. ale také soutěže, křížovky a zajímavé hlavołamy pro děti. [87] – [92]

Četnost vydání za rok snižuje aktuálnost těchto časopisů. Navíc předávání informací jako základní účel klientského časopisu zajistí i facebooková stránka, která představuje výhody právě v aktuálnosti sdělení oproti dvakrát do roka vycházejícímu klientskému časopisu a v možnosti okamžité reakce na dotazy uživatelů sociální sítě oproti webovým stránkám ZP. V rámci snižování nákladů ZP může komunikace s klienty na sociálních sítích v brzké době nahradit klientské časopisy.

### **Akce a soutěže**

Daší formou marketingové komunikace jsou pořádané akce ZP v krajských a okresních městech nebo soutěže s důrazem na prevenci. Vzhledem k charakteru těchto akcí zaměřených na prevenci a péči o zdraví je velmi obtížné určit, zda by měly být tyto akce zrušeny případně omezen jejich počet z důvodu snížení nákladu ZP. Téměř každá ZP se zapojuje do těchto aktivit. Jako příklady některých akcí jsou pouze namátkou zmíněny akce největších zaměstnaneckých pojišťoven.

Příkladem akcí pořádaných u ZPMV ČR je např. vítání letních prázdnin v aquaparku s názvem *Hurá prázdniny* nebo jarních prázdnin s názvem *Jarní prázdniny s 211* v plaveckém bazénu v Rychnově nad Kněžnou. Mimo představení své ZP pojištěncům jiných ZP, ZPMV ČR navíc pro své pojištěnce při těchto akcích nabízí slevy na vstupném a permanentkách do tohoto aquaparku. [93] [94]

OZP na svých facebookových stránkách zve na akce, kterých se stala partnerem např. akce *S kočárkem Prahou* (na podporu maminek s malými dětmi a jejich nesnází v pražské dopravě) nebo akce *Toulavý kočárek* v rámci které je pořádán *Pochod za velikonočním vajíčkem* v březnu 2013. [95]

Mimo náklady na pořádání těchto akcí představují další náklady i soutěže o hodnotné ceny pořádané ZP. Příkladem může být ZPMV ČR, která v rámci projektu *Zdraví jako vášně* pořádá nepřetržitě soutěže se známými osobnostmi např. *Bowling s Martou Jandovou*, *Minigolf s Pavlem Křížem*, u kterých diváci tipují, kolik koulí srazí při 20 hodech Marta Jandová nebo na kolik úderů projde Pavel Kříž 17 jamkové hřiště minigolfu. Nejpresnější tipy vyhráli Ipad, LCD monitor a další ceny. Novou soutěží je tzv. *Velká jarní soutěž* o poukaz na kolo v hodnotě Kč 10 000. Kvízové soutěže se mohou zúčastnit pouze klienti této ZP případně pojištěnci, kteří podali přihlášku k ZPMV ČR. [94]

Podobnou soutěž pořádala na začátku roku 2013 i OZP. V soutěži *Znalostní kvíz* se soutěžilo o 5 tabletů. Během letních prázdnin se u OZP soutěžilo ve *Velké prázdninové soutěži s OZPáčkem* o fotoaparát a další ceny. U ČPZP lze zmínit z mnoha pořádaných soutěží např. prosincovou soutěž o MP3 přehrávače a USB flash disky *Vánoční kluziště od ČPZP*, kde soutěžící tipovali, kolik návštěvníků si přijde dne 24. 12. 2012 zabruslit na ostravské kluziště. Soutěžit mohl každý s trvalým pobytem na území ČR starší 18 let bez podmínky na členství u ČPZP. [95] [96]

V roce 2012 navíc OZP pořádala několik akcí zacílených na podporu prodeje např. *Klient hledá klienta* (probíhající i v tomto roce) nebo *Přiveďte nového klienta a dostanete peníze na prevenci* v obou případech s odměnou Kč 1 000 určených na prevenci. [95] [97]

Využívání médií jako televize nebo tištěných médií, ale také využívání sociálních sítí, umožňuje ZP ukázat svou nabídku programů prevence svým klientům, ale i klientům ostatních ZP a stává se tak nástrojem v konkurenčním boji. ZP láká pomocí nástrojů marketingové komunikace nové klienty na svůj produkt a zároveň snižuje riziko odchodu stávajícího klienta k jiné ZP, která bude lépe prezentovat svůj téměř totožný produkt.

Konkrétním příkladem je již zmiňovaná televizní reklama na sloučení ČPZP a ZP M-A, kdy byl tento spot užitečnou informací pro klienty těchto dvou ZP, ale zároveň na sebe ČPZP upozornila před klienty ostatních ZP.

Předávání informací o ZP pomocí výše jmenovaných mediálních prostředků a nástrojů marketingové komunikace tak přináší dvě výhody najednou:

- zaujmout a získat nové klienty na zajímavé preventivní programy,
- informovat o výhodách, které může využívat stávající klient této zdravotní pojišťovny.

Dle těchto dvou výhod, které přináší šíření informací o ZP pomocí tištěných médií, televize, sociálních sítí, klientských časopisech či pořádáním akcí a soutěží s preventivním charakterem lze vynaložené marketingové náklady rozdělit dle účelu na náklady:

- na péči o stávající klienty
- získávání nových klientů.

Z hlediska dostupnosti klientských časopisů pouze klientům dotyčné ZP (pokud se nepočítá forma časopisu v PDF na webových stránkách ZP veřejně dostupná všem), je tisk těchto časopisů jasným příkladem péče o stávající klienty. Ostatní zde uvedené příklady lze zařadit co do účelu do obou skupin.

V případě, že by marketingové aktivity ZP představovaly problém ve vyšších provozních nákladech, lze i zákonem omezit reklamu, jak je to v současné době u farmaceutických léků (netýká se doplňků stravy).

Snížení nákladů na marketingovou komunikaci ZP lze tedy mimo změnu systému na jedinou ZP dosáhnout pomocí následujících opatření:

- vydáním zákona zakazující ZP inzerci v tištěných médiích, v televizi, rozhlase,
  - nahradit tisk a tvorbu klientských časopisů profilem ZP na sociálních sítích,
- nebo
- uveřejnit klientské časopisy pouze ve formě PDF na svých stránkách (některé ZP již toto opatření zavedly).

Vzhledem k těmto možným řešením snížení nákladů na marketingové účely v případě ponechání zaměstnaneckých pojišťoven, odpadá výhoda zavedení systému JSZP jako prostředku na snížení těchto nákladů. Navíc ani v případě JSZP není zaručeno, že nebude své finanční prostředky vynakládat na marketingové účely např. při získávání dalších pojištěnců, pro které není v ČR zdravotní pojištění povinné.

#### **4.2.2 Mzdové náklady**

V případě porovnávání mzdových nákladů nyní a po zavedení systému JSZP lze vycházet ze známých údajů z VZ za rok 2010 jednotlivých ZP. V porovnávání se pracuje s předpokladem, že současná administrativa spojená s přerozdělováním pojistného mezi ostatní ZP zaměstná u VZP pracovníky navíc. Za těchto okolností lze v případě zavedení systému JSZP počítat s úsporou mzdových nákladů minimálně u počtu pracovníků vykonávajících tuto administrativu.

Při vypočteném průměrném počtu 1 702 pojištěnců na jednoho zaměstnance ostatních ZP, které nezaměstnávají zaměstnance na administrativu přerozdělování pojistného, vychází celkový počet zaměstnanců na 10 387 167 pojištěnců (dle údajů z téhož roku jako údaje z VZ) přibližně 6 103 osob. Odhadem tedy o 582 zaměstnanců méně než tak bylo v roce 2010 v období nejnovějších ucelených dat o zaměstnancích ZP.

Vzhledem ke skutečnosti, že návrh počítá se systémem státní ZP, lze při výpočtu hrubého odhadu celkových mzdových nákladů JSZP použít údaje státem řízené VZP. Při průměrných mzdových nákladech VZP na jednoho zaměstnance, které činí Kč 526 tis., vzniká zjednodušený odhad celkových mzdových nákladů JSZP (při výše definovaném počtu zaměstnanců) Kč 3 210 178 tis.. V porovnání s celkovými mzdovými náklady všech ZP dohromady Kč 3 533 365 tis. při tomto zjednodušeném odhadu vzniká úspora ve výši Kč 323 187 tis.

Při tomto výpočtu ovšem není zohledněna diferenciací výše mzdového ohodnocení zaměstnanců ZP a odhad se vzdaluje skutečnosti. Pro zpřesnění odhadu směrem ke skutečnosti na základě dostupných zdrojů, lze využít zveřejnění mzdových nákladu

na vedoucí zaměstnance a ostatní zaměstnance ve VZ dvou velkých ZP – ZPMV ČR a VoZP.

Při výpočtu odhadu úspor poslouží jako vzor údaje o mzdových nákladech těchto dvou ZP. Klíčové údaje pro výpočet hypotetických mzdových nákladů JSZP: počty zaměstnanců, celkové mzdy bez osobních nákladů a zákonné odvody na zdravotní a sociální pojištění, jsou zpracovány v následujících dvou tabulkách Tabulce 16 a 17.

*Tabulka 16 Průměrné roční mzdové náklady na jednoho zaměstnance u ZPMV ČR*

zaměstnanci	počet	mzdy	záonné odvody	celkem	jednice
vedoucí	16	36 516 000	9 394 000	45 910 000	2 869 375
ostatní	609	208 041 000	73 205 000	281 246 000	461 816
dohromady	625	244 557 000	82 599 000	327 156 000	523 450

Zdroj: Vlastní zpracování dle [58]

*Tabulka 17 Průměrné roční mzdové náklady na jednoho zaměstnance u VoZP*

zaměstnanci	počet	mzdy	záonné odvody	celkem	jednice
vedoucí	17	18 664 000	5 102 000	23 766 000	1 398 000
ostatní	371	111 038 000	38 592 000	149 630 000	403 315
dohromady	388	129 702 000	43 694 000	173 396 000	446 897

Zdroj: Vlastní zpracování dle [61]

Ve sloupečku „jednice“ jsou vypočítány mzdové náklady (včetně zákonných odvodů) na jednoho zaměstnance (ve vedoucí pozici nebo v pozici řadového zaměstnance – v tabulce jako ostatních zaměstnanců) za rok.

Vzhledem k rozdílné výši mzdových nákladů ZPMV ČR a VoZP budou vypracovány dvě varianty mzdových nákladů JSZP. Jako počet vedoucích zaměstnanců JSZP je zvolen počet 20. Na počtu vrcholných zaměstnanců ZPMV ČR a VoZP nebylo prokázáno, že větší ZP co do celkového počtu zaměstnanců ale i klientů, má více vedoucích pracovníků, výjimkou je regionální ZP Škoda s pouhými 6 řídícími pracovníky. Počet 20 vedoucích pracovníků oproti skutečnosti 16 a 17 vedoucích pracovníků u ZPMV ČR a VoZP počítá s rezervou v případě potřeby dalšího členění organizační struktury JSZP a vzniku nových oddělení a odborů. Počet ostatních (řadových) zaměstnanců je získán jako dopočet do předpokládaného celkového počtu zaměstnanců JSZP.



Počet vedoucích zaměstnanců a ostatních (řadových) zaměstnanců je vynásoben mzdovými náklady na jednoho zaměstnance (vedoucího nebo řadového) z Tabulky 16 pro 1. variantu (vychází z údajů ZPMV ČR) a Tabulky 17 pro 2. variantu (vychází z údajů VoZP). Takto získaný odhad mzdových nákladů na vedoucí a ostatní zaměstnance ve dvou variantách ukazuje Tabulka 18.

*Tabulka 18 Odhad ročních mzdových nákladů jedné státní ZP*

zaměstnanci	počet	1. varianta	2. varianta
vedoucí	20	57 387 500	27 960 000
ostatní	6083	2 809 227 287	2 453 367 358
<b>celkem</b>	<b>6103</b>	<b>2 866 614 787</b>	<b>2 481 327 358</b>

Zdroj: Vlastní zpracování dle [58] [61]

Při výpočtu tohoto odhadu mzdových nákladů nejsou zohledněny ostatní osobní náklady na zaměstnance jako např. cestovné, příspěvek na stravování, příspěvek na penzijní připojištění a další zaměstnanecké výhody. Tyto ostatní osobní náklady se bez ohledu na velikost tržního podílu ZP a počtu jejích zaměstnanců pohybovaly u zaměstnaneckých pojišťoven v rozmezí Kč 6 540 tis. – 379 tis. a u VZP činily Kč 16 540 tis. za rok. Z tohoto důvodu nelze tyto náklady rozpočítat na jednoho zaměstnance. [49] [58] – [63]

Pro ucelený odhad úspor při zřízení systému JSZP je nutné zohlednit i náklady na odstupné propouštěným zaměstnancům zaniklých ZP, pro které se nenajde uplatnění v JSZP. Při odhadu výše celkové částky na odstupné je stanoven počet propuštěných vedoucích pracovníků na 96 dle hypotézy založené na údajích o počtu vedoucích pracovníků u ZPMV ČR a VoZP, že v každé ze současných ZP bude okolo 16 vedoucích pracovníků tedy přibližně 96 vedoucích pracovníků ve všech 6 ZP. Počet ostatních pracovníků je dopočet do předpokládaného počtu propuštěných zaměstnanců 582.

Od předpokládaných úspor jsou dále odečteny náklady na odstupné propouštěným zaměstnancům při výpovědích pro nadbytečnost dle zákona č. 262/2006 Sb. (novelizován zákonem č. 365/2011 Sb.). [98]

Výpočet odstupného počítá s předpokladem, že všichni propouštění zaměstnanci jsou u ZP zaměstnaní alespoň 2 roky a náleží jim proto nejméně trojnásobek průměrné hrubé mzdy. Za těchto okolností je odhad celkových nákladů na odstupné pesimistickou variantou.

Ve skutečnosti tyto náklady mohou být nižší. Závisí na přístupu každé ze ZP, jestli bude propouštět od služebně nejmladších pracovníků s cílem snížit náklady na odstupné.

Odhad celkových nákladů na odstupné ukazuje následující Tabulka 19. Jako průměrná hrubá mzda je při výpočtu odhadu použita průměrná hrubá mzda (bez ostatních nákladů) u ZPMV ČR a VoZP.

*Tabulka 19 Odhad celkových nákladů na odstupné propuštěným zaměstnancům*

zaměstnanci	1. varianta		2. varianta	
	vedoucí	ostatní	vedoucí	ostatní
<b>počet osob</b>	96	486	96	486
<b>průměrná hrubá mzda</b>	190 188	28 468	91 490	24 941
<b>náklady na odstupné</b>	54 774 144	41 506 344	26 349 120	36 363 978
<b>celkem</b>	<b>96 280 488</b>		<b>62 713 098</b>	

Zdroj: Vlastní zpracování dle [58] [61] [98]

Na základě vypočteného odhadu mzdových nákladů na všechny zaměstnance JSZP a po přičtení nákladů na odstupné vzniká na mzdových nákladech celková úspora Kč 520 až 939 milionů podle výsledných dat z obou variant ukázaných v Tabulce 20.

*Tabulka 20 Odhad celkových úspor mzdových nákladů (v tis. Kč)*

	původní	1. varianta	2. varianta
<b>mzdové náklady</b>	3 492 154	2 866 615	2 481 327
<b>odměny</b>	22 689	9 540	9 540
<b>odstupné</b>	0	96 280	62 713
<b>celkem</b>	3 514 843	2 972 435	2 553 580
<b>úspora</b>		<b>519 719</b>	<b>938 574</b>

Zdroj: Vlastní zpracování dle Tabulek 18 a 19

Tato výsledná úspora je pouze hrubý odhad založený na datech pouze dvou ZP a na počtu zaměstnanců stanoveného dle průměrného počtu pojištěnců na jednoho zaměstnance ZP v roce 2010. Nikde není stanoveno, že tento počet je ideální a ve skutečnosti by JSZP nezaměstnala více nebo méně pracovníků. Navíc nejsou při výpočtu zahrnuty osobní mzdové náklady (jak bylo již řečeno u popisu Tabulky 18) z důvodu individuální a měnící se výše osobních nákladů na každého zaměstnance každý měsíc.

Z tohoto důvodu lze tyto údaje brát pouze jako orientační, které dosazením přesnějších a aktuálnějších údajů mohou posloužit přesnější studii nákladů a úspor u mezd JSZP.

Tento odhad již nezahrnuje další vzniklé náklady v podobě nákladů na nově nezaměstnané nebo ztráty ze zákonných odvodů na zdravotní a sociální pojištění od dříve pracujícího zaměstnance, ale pouze úsporu na mzdových nákladech u JSZP. Při započtení vzniklých ztrát státu může být celková úspora i nižší.

#### 4.2.3 Provozní náklady poboček

Provozní náklady poboček se skládají převážně z nákladů:

- na mzdy pracovníků poboček,
- náklady na energie,
- na nájemné resp. náklady na opravy a údržbu (u vlastních prostor).

Představu o výši těchto nákladů si lze udělat díky datům ZPMV ČR a RBP, které výši těchto nákladů zveřejnily ve svých VZ. Tyto údaje jsou zpracovány do následující Tabulky 21. V případě RBP jsou údaje o nákladech na spotřebu energie uvedeny společně s náklady na spotřebu pohonných hmot.

<i>Tabulka 21 Náklady na provoz poboček (v tis. Kč)</i>			
<b>ZP</b>	<b>Spotřeba energie</b>	<b>Opravy a udržování</b>	<b>Nájemné</b>
<b>ZPMV ČR</b>	9 712	5 252	22 972
<b>RBP</b>	3307*	1 732	5 657
*včetně pohonných hmot			
Zdroj: Vlastní zpracování dle [58] [62]			

Klíčové u těchto nákladů je počet a velikost poboček. Regionální RBP provozuje své pobočky především v oblastech s těžebním průmyslem, ve kterém je zaměstnána většina klientů této ZP. Mimo ředitelství a klientské centrum v budově ředitelství v Ostravě nemá žádná z poboček (označovaných u RBP jako jednatelství nebo expozitura) otevřeno pět dní v týdnu, 15 poboček má otevřeno čtyři dny v týdnu, 6 poboček dva až tři dny v týdnu a zbylé 2 pobočky pouze jeden den v týdnu. [99]

Druhá regionální ZP Škoda má mimo svého klientského centra v budově ředitelství a poradenské pobočky pro zaměstnance areálu Škoda Auto, a. s. ve Vrchlabí otevřeno pět dní v týdnu ve dvou pobočkách, tři dny v týdnu ve dvou pobočkách a jednou týdně

v jedné pobočce. Všechny pobočky ZP Škoda jsou umístěna v blízkosti závodů společnosti Škoda Auto, a. s. [100]

Počet poboček ostatních ZP je k datu 14. 2. 2013 celkem 419:

- 138 hlavních poboček, které jsou otevřeny každý pracovní den,
- 281 vedlejších poboček s provozem méně než pět dní v týdnu. [101] – [105]

Pouze ČPZP po fúzi se ZP Metal-Alliance vykazuje jako jediná zaměstnanecká pojišťovna více než stovku poboček převážně vedlejších s provozem méně než pět dní v týdnu. Samotná VZP má celkem 189 poboček ve všech krajských i okresních městech. (Tabulka počtu poboček rozděleného dle jednotlivých ZP v Příloze F.) [101] – [105]

Celkově lze v každém krajském městě navštívit pobočky 5 ZP (výjimkou jsou regionální ZP) a v každém okresním městě má svou pobočku spolu s VZP jedna a více zaměstnaneckých pojišťoven. [101] – [105]

Z tohoto pohledu je současný počet poboček VZP dostačující. V případě vytvoření systému JSZP je neefektivnější pro JSZP ponechat pouze pobočky VZP a případně je jen rozšířit po stránce personální a zvýšit délku otevírací doby resp. zvýšit počet hlavních poboček na úkor vedlejších.

Vzhledem k politice VZP, kdy většina poboček a administrativních pracovišť VZP je provozována v prostorách výhradně ve vlastnictví VZP, náklady na nájemné JSZP se síti poboček VZP by byly minimální. V případě potřeby rozšíření prostor poboček pro účely umístění většího počtu pracovníků poboček může JSZP využít prostor v budovách v současnosti vlastněných ostatními ZP. Za těchto podmínek by vznikly úspory na nájemném, ovšem naopak s větším počtem budov ve správě ZP rostou náklady na opravy a udržování těchto budov včetně nákladů na energie spotřebovaných v kancelářích a pobočkách těchto budov. Částečně tyto náklady mohou pokrýt výnosy z prodeje nebo pronájmu nepotřebných prostor bývalých poboček, které JSZP převezme od zaniklých ZP.

Přesné úspory získané restrukturalizací sítě poboček pro potřeby JSZP a výnosy z prodeje či pronájmu nově získaných prostor nelze vzhledem k nedostatku údajů odhadnout.

### **4.3 Přínosy a nevýhody pro účastníky organizační struktury českého zdravotnictví**

Z pohledu organizační struktury na Obrázku A1 v příloze A lze v systému identifikovat 4 základní účastníky:

- pacienti/pojištěnce,
- zdravotní pojišťovny,
- poskytovatele zdravotní péče,
- stát.

#### **4.3.1 Poskytovatelé zdravotní péče**

JSZP představuje pro poskytovatele zdravotní péče následující výhody:

- při snížení provozních nákladů možnost zvýšení cen úhrad,
- snížení administrativy,

ale i nevýhody zejména v podobě rizika monopolu JSZP.

Za předpokladu snížení provozních nákladů a vzniku úspor při transformaci na systém JSZP mohou tyto nově získané finanční prostředky při podmínce efektivního fungování JSZP obohatit její základní fond. Za těchto okolností je možné navýšit úhrady poskytovatelům zdravotní péče, což představuje hlavní výhodu pro podfinancovanou zdravotní péči, a odstoupit od současných úsporných opatření způsobených nedostatkem financí v oblasti zdravotnictví projevujících se především u poskytovatelů v podobě snižujících se výší úhrad, změn ve struktuře nemocnic, transformací nemocnic na polikliniky nebo léčebny dlouhodobě nemocných a dalších.

S přílivem financí navíc je možné dostatečně peněžně ocenit vysoce kvalifikovaný zdravotnický personál, ale také zakoupit novější vybavení některých nemocnic. Příliv peněz do personální oblasti zdravotnictví by znamenal zlepšení problémů, se kterými se v současnosti tato oblast potýká.

Ovšem tyto výhody vznikají pouze za podmínky, že i v praxi budou ušetřeny provozní náklady a vznikne tak finanční rezerva, které JSZP využije ke zvýšení úhrad poskytovatelům péče. Nelze zaručit, že tato nově vzniklá finanční rezerva v podobě úspory

provozních nákladů se ve stejné výši dostane k podfinancované personální složce zdravotnického systému.

Naopak zavedením systému s JSZP vzniká riziko zneužívání jejího monopolního postavení při tvorbě cenových podmínek úhrad a navíc s absencí nestátních ZP nebude už možné srovnání nákladů a určení přesného maxima provozních nákladů, jak je to v současnosti. Hrozí riziko, že JSZP zneužije této skutečnosti naopak ke zvyšování svých provozních nákladů. K ušetření provozních nákladů by takto došlo pouze teoreticky.

Na druhou stranu nepopíratelnou výhodou pro poskytovatele zdravotní péče představuje snížení administrativy v podobě nutnosti uzavřít smlouvu pouze s jednou ZP.

#### **4.3.2 Pacienti nebo-li pojištěnci**

JSZP představuje pro pacienta neboli pojištěnce zdravotní péče následující výhody:

- zkvalitnění poskytované zdravotní péče,
- zlepšení dostupnosti zdravotní péče,
- zachování relativně bezplatné péče,

ovšem existují zde i nevýhody v podobě:

- rizika morálního hazardu u poskytovatelů zdravotní péče,
- rizika monopolu JSZP,
- riziko snížení kvality poskytovaných služeb JSZP.

Za předpokladu ideálního případu tedy, že se snížením provozních nákladů se takto získané finanční prostředky využijí na zvýšení výše úhrad zdravotní péče a nebudou nutná úsporná opatření poskytovatelů zdravotní péče, bude toto řešení výhodou především pro samotného pacienta v podobě zkvalitnění poskytované zdravotní péči.

Výhody u poskytovatelů zdravotní péče těsně souvisí s výhodami pacienta. Zmírnění nákladových limitů u praktických lékařů může v mnohých případech zajistit pacientovi přístup k účinnějším lékům či účinnější léčbě. Ovšem jedná se pouze o ideální model, který

nepočítá s rizikem morálního hazardu u lékaře. Zvýšení finančních prostředků není zárukou zkvalitnění léčby pacienta v případě, že nebude eliminována existence tohoto rizika. Zjednodušeně řečeno: lékaři, jejichž současná priorita je vyléčení pacienta v co nejkratší době za použití všech dostupných finančních prostředků, využijí zvýšení finančních prostředků pro další zkvalitnění léčby pacienta. Naopak u druhého typu lékařů, jejichž prioritou je maximální výše vlastního obohacení na úkor jednoho pacienta na principu morálního hazardu, nezaručí zvýšení úhrad zároveň zkvalitnění péče pacientům u tohoto typu lékařů.

O identifikaci a snížení počtu lékařů druhé skupiny je snaha i v současném systému pomocí internetových stránek hodnotících kvalitu lékařů typu *Známý lékař* případně možnost pacienta podat stížnost na poskytnutou kvalitu léčby od daného lékaře u České lékařské komory či České stomatologické komory.

Řešením úplné eliminace rizika morálního hazardu je vytvoření ideální společnosti, kterou se lidé v dějinách několikrát pokoušeli vytvořit avšak bez úspěchu v podobě dlouhodobého trvání, což je důkazem, že vzhledem k charakteru a povaze člověka je prozatím nemožná dlouhodobá existence ideální společnosti.

Další nevýhody souvisí s nevýhodou monopolu JSZP popsané u nevýhod poskytovatelů zdravotní péče v podobě ponechání současných výší úhrad poskytovatelům zdravotní péče. Za této podmínky by nemohly nastat pacientům výhody popsané výše.

Navíc monopol JSZP přináší pojištěnci riziko snížení kvality služeb (forma komunikace s klientem, dostupnost klientských center apod.) pramenícího z výsadního postavení jediné ZP, kterou v případě nespokojenosti pojištěnec nemůže opustit.

#### **4.3.3 Zdravotní pojišťovny a stát**

Pro samotné ZP mimo jedné jediné (v případě, že by nevznikla zcela nová JSZP, ale byla by přetransformována současná VZP) znamená zavedení systému JSZP nevýhodu v podobě zániku všech zaměstnaneckých pojišťoven.

Za těchto okolností vzniká výhoda pouze jediné ZP v podobě jejího monopolu na trhu.

Zánik ZP způsobuje nevýhodu především pro zaměstnance těchto ZP v podobě ztráty zaměstnání a zároveň zatížení státu ve formě zvýšení nákladů na tyto nově nezaměstnané.

Naopak výhodou pro stát je nalezení finanční rezervy v oblasti ZP a tedy uspokojení platových požadavků zdravotnického personálu bez zásahu do financí státního rozpočtu. Avšak při přibližném počtu 582 propuštěných zaměstnanců zaniklých ZP vznikají státu náklady v podobě sociálních dávek pro tyto nezaměstnané, pokud po uplynutí lhůty úměrné výši odstupného nenastoupí do nového zaměstnání. Navíc za každého z nově nezaměstnaných je stát povinen platit zdravotní pojištění ve výši Kč 723 za jednotlivce. Celkově by tak stát přišlo 582 bývalých zaměstnanců zaniklých ZP na Kč 420 786 měsíčně, což představuje nepřímý zásah do výše státního rozpočtu.

Navíc pro představitele státu vzniká nevýhoda v podobě rizika nespokojenosti obyvatel v případě, že by touto transformací systému ZP nevznikly dostatečně viditelné změny např. vyrovnané hospodaření JSZP a zlepšení platových a mzdových podmínek lékařů.

#### **4.4 Zhodnocení celkových výhod a nevýhod**

Vzhledem k hlavní výhodě celého návrhu, kterou představuje vytvoření finanční rezervy, lze návrh hodnotit především podle vypočtené úspory.

V případě marketingových nákladů se nepodařilo prokázat, že v této oblasti je zaručena úspora při zavedení systému JSZP, a naopak bylo zjištěno, že zavedením určitých opatření v této oblasti u současného systému několika ZP může být také dosaženo úspor.

Naopak z pohledu mzdových nákladů byl vytvořen odhad úspory, ovšem pouze v řádech několika set milionů, což je v porovnání se současným deficitem ZP 5 mld., který musí být prioritně uhrazen, nedostačující. Navíc vytvořený odhad získaných úspor je pouze teoretický a navíc nelze s jistotou tvrdit, že tyto úspory nebudou použity jinde na nově vzniklé náklady spjaté s fungováním JSZP, se kterými tato práce nepočítala.



Z tohoto pohledu nelze garantovat vytvoření finanční rezervy, která bude převedena do základního fondu JSZP, a tedy nelze zaručit vznik dalších garantovaných výhod návrhu vzniklých na základě této hlavní výhody.

Těmito vedlejšími výhodami jsou především zvýšení peněžního ohodnocení poskytovatelům péče, v jehož důsledku dojde k zajištění dostupnosti kvalitní péče pacientům. Navíc při existenci rizika morálního hazardu, jehož eliminaci transformace systému ZP v zásadě neovlivní, nelze ani při vyšším peněžním ohodnocení poskytovatelům zdravotní péče stoprocentně zaručit zlepšení poskytované péče na straně pacienta.

Nebyla tak prokázána jistě hlavní výhoda celého návrhu, která by tak mohla vyvážit zásadní nevýhodu celého návrhu v podobě úplného zrušení zaměstnaneckých pojišťoven, které dosud s výjimkou roku 2011, kdy poprvé skončily v deficitu, z hlediska financí a zajišťování služeb klientům prosperovaly.

Vzhledem k těmto skutečnostem nepředstavuje vznik systému JSZP zcela ideální řešení. Nelze proto návrh na vytvoření JSZP potvrdit jako řešení současných problémů českého zdravotnictví ovšem ani zamítnout vzhledem k posuzování úspor pouze z hlediska provozních nákladů vznikajících čerpáním provozního fondu, do kterého ZP přispívá pouze okolo 3 % ze svých celkových příjmů za rok.

## Závěr

Vzhledem ke klíčové úloze zdravotních pojišťoven v systému financování zdravotní péče jsou v diplomové práci současné problémy finanční oblasti zdravotnictví posuzovány z pohledu zdravotní pojišťovny a možnosti, že by byl zaveden systém jedné jediné zdravotní pojišťovny řízené státem dle návrhu Svazu pojišťoven.

Cílem této práce bylo na základě analýzy stavu českého zdravotnictví s důrazem na finanční stránku celého systému definovat jeho hlavní problémy a posoudit tento návrh Svazu pacientů jako řešení s ohledem na zájmy účastníků zdravotního systému.

Na základě statistických údajů byla prokázána obava, že věková struktura především praktických lékařů stárne a počet absolventů lékařství s výjimkou oboru zubní lékařství klesá, což představuje v budoucnu problém, patrný již dnes. Při srovnávání mzdového ohodnocení lékařů z hlediska průměrné mzdy v České republice je průměrná mzda i plat lékařů dvojnásobný, ovšem z hlediska struktury průměrného platu základní plat tvoří pouze polovinu celkové průměrné částky. Navíc bylo zjištěno, že zvýšení průměrného tarifního platu v období 2008 až 2011 téměř o třetinu bylo zapříčiněno nejen zvýšením hodnot tarifních platů přibližně o 7 %, ale také stárnutím a zvyšováním kvalifikace lékařského personálu. Při porovnání průměrné mzdy a platu lékařů s průměrnými mzdami dle oborů ostatních vysokoškolsky vzdělaných obyvatel České republiky, bylo dokázáno, že méně společensky důležité obory s nižší potřebou zodpovědnosti při vykonávání své profese dosahují o polovinu vyšší průměrné mzdy než lékaři. Ve srovnání s příjmem lékařů v Rakousku a Německu a průměrných mezd v těchto zemích a na základě výše zjištěných skutečností bylo prokázáno, že požadavky lékařů na zvýšení mzdového ohodnocení jsou oprávněné.

Na základě analýzy silných a slabých stránek financování zdravotní péče a trhu zdravotních pojišťoven byly stanoveny dva nejzávažnější problémy ve financování zdravotní péče – nedostatečné mzdové ohodnocení lékařské složky zdravotnictví, které způsobuje odliv inteligence do jiných lukrativnějších oborů či do zahraničí a následný nedostatek lékařského personálu, a celkový pětimiliardový deficit hospodaření u zdravotních pojišťoven.

Dle analýzy současného trhu zdravotních pojišťoven byl tento trh shledán jako nefunkční z důvodu silné regulace státu a monopolního postavení státní zdravotní pojišťovny.

Vzhledem k této nefunkčnosti systému bylo stanoveno jako řešení výše uvedených finančních problémů změna systému jedné státní zdravotní pojišťovny a několika zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven na systém s jedinou zdravotní pojišťovnou, kdy vznikne finanční rezerva ve formě úspory v provozních nákladech. Z tohoto hlediska byl posuzován návrh Svazu pacientů na zavedení systému jedné jediné státní zdravotní pojišťovny.

Byly vytvořeny teoretické podmínky vzniku systému jedné státní zdravotní pojišťovny a požadavky na vedoucí zaměstnance této zdravotní pojišťovny pro docílení efektivního hospodaření této pojišťovny.

Byly definovány předpokládané úspory v provozních nákladech v systému jedné státní zdravotní pojišťovny konkrétně u marketingových nákladů, mzdových nákladů a nákladů na provoz poboček zdravotní pojišťovny.

Na základě analýzy nákladů na marketingovou komunikaci na konkrétních příkladech zdravotních pojišťoven, bylo zjištěno, že za pomoci určitých opatření lze dosáhnout podobné nebo i stejné úspory i v současném systému několika zdravotních pojišťoven. Nebyl prokázán předpoklad, že pouze zavedení systému jedné státní zdravotní pojišťovny zaručí nevyužívání marketingové komunikace a minimální marketingové náklady.

Byl vypracován odhad úspor u mzdových nákladů při přechodu ze současného systému několika zdravotních pojišťoven na jednu státní zdravotní pojišťovnu, který zahrnoval i celkové náklady na odstupné propouštěným zaměstnancům. Při srovnání výše této úspory s výší současného deficitu hospodaření zdravotních pojišťoven bylo zjištěno, že odhadovaná úspora by pokryla pouze část tohoto deficitu (přibližně 10 až 19 %). Z tohoto důvodu nelze z pohledu mzdových nákladů označit přeměnu současného systému zdravotních pojišťoven na jedinou státní zdravotní pojišťovnu za dostatečné řešení deficitu hospodaření zdravotních pojišťoven.

Na základě těchto zjištěných údajů (zjištěné finanční rezervy v provozních nákladech, která je nedostatečná ani pro pokrytí současného deficitu v hospodaření zdravotních pojišťoven) a porovnání s nevýhodami pro účastníky zdravotního systému, kterými jsou především rizika spjatá s monopolním postavením jedné státní zdravotní pojišťovny a likvidační dopad na současné zdravotní pojišťovny, nelze jednoznačně doporučit návrh Svazu pacientů k realizaci.

Vzhledem k údajům zjištěných touto prací lze při změnách v oblasti trhu zdravotních pojišťoven doporučit směr dalšího zkoumání model několika zdravotních pojišťoven nabízejících zdravotní připojištění a rozdělení zdravotnických úkonů na bezplatné v rámci základní poskytované zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a hrazené přímo pacienty.

# Seznam použité literatury

## Citace

[1] BARTÁK, M. *Ekonomika zdraví*. 1. vyd. Praha : Wolters Kluwer Česká republika, 2010. 223 s. ISBN 978-80-7357-503-8.

[2] OECD. *OECD Health Data 2012: How Does the United States Compare* [online] [vid. 2012-08-09]. Dostupné z: [www.oecd.org/unitedstates/BriefingNoteUSA2012.pdf](http://www.oecd.org/unitedstates/BriefingNoteUSA2012.pdf)

[3] ODIER, N. The US health-care system: A proposal for reform. *Journal of Medical Marketing* [online database ProQuest Health Management]. Thousand Oaks: SAGE PUBLICATIONS, INC., 2010, vol. 10, iss. 4, p. 279-304. Last updated 2012-02-08 [vid. 2012-11-28]. ISSN 17457904. DOI: <http://dx.doi.org/10.1057/jmm.2010.17>. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/760180382/13AABF748444C908B31/8?accountid=17116> Proquest document ID 760180382

[4] OECD. *Health at a Glance 2011: OECD Indicators*. [online]. OECD Publishing, 2011. 200 p. [vid. 2012-09-11]. ISBN 9789264111530. Dostupné z: [www.oecd.org/health/health-systems/49105858.pdf](http://www.oecd.org/health/health-systems/49105858.pdf)

[5] NĚMEC, J. *Principy zdravotního pojištění*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2008. 240 s. ISBN 978-80-247-2628-1.

[6] GLADKIJ, I. *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003. 380 s. ISBN 80-7226-996-8.

[7] KULATÝ STŮL K BUDOUCNOSTI FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNICTVÍ V ČR. *Zpráva o stavu, vývoji a výhledu zdravotnictví v ČR*. Praha, 2008. 299 s. ISBN-13 978-80-85047-35-6. Dostupné také z: [http://www.kulatystul.cz/cs/system/files/Zprava+o+stavu\\_WEB.pdf](http://www.kulatystul.cz/cs/system/files/Zprava+o+stavu_WEB.pdf).

[8] JANEČKOVÁ, H, H. HNILICOVÁ. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. 296 s. ISBN 978-80-7367-592-9.

- [9] DARMOPILOVÁ, Z. *Vliv zájmových skupin na reformu zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2010. 181 s. ISBN 978-80-210-5406-6.
- [10] SVOBODNÝ, P., L. HLAVÁČKOVÁ. *Dějiny lékařství v českých zemích*. 1. vyd. Praha: TRITON, s. r. o., 2004. 247 s. ISBN 80-7254-424-1.
- [11] *Ústavní zákon č.2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod*. Dostupné také z: <http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>
- [12] Přehled všech zdravotních pojišťoven v ČR. In: *Svět zdravotnictví*. [online]. 2009-10-30 [vid. 2012-08-29]. Dostupné z: <http://www.svetzdravotnictvi.cz/prehled-vsech-zdravotnich-pojistoven-v-cr-ah34/>
- [13] *Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů*. Dostupné také z: <http://business.center.cz/business/pravo/zakony/vzp/>
- [14] Plátcí. In: *Pojišťovna 211* [online]. [vid. 2013-03-11]. Dostupné z: <http://www.zpmvcr.cz/platci>
- [15] *Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecném zdravotním pojištění*. Dostupné také z: <http://www.podnikatel.cz/zakony/zakon-c-592-1992-sb-o-pojistnem-na-vseobecne-zdravotni-pojisteni/cele-zneni/>
- [16] ČTK. Vláda přes dluhy pojišťoven nezvýší platby za státní pojištěnce. In: *Medical Tribune CZ: Tribuna lékařů a zdravotníků* [online]. Praha: MEDICAL TRIBUNE CZ, s.r.o., 2012-10-10 [vid. 2012-10-23]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/28072>
- [17] *Zdravotnické noviny*. Praha: Mladá fronta, 2012-10-22, č. 21/2012. ISSN 1805-2355
- [18] Prerозdělování pojistného. In: *Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky* [online]. [vid. 2012-10-18]. Dostupné z: <http://www.vzp.cz/platci/informace/povinnosti-platcu-metodika/stat/prerозdelovani-pojistneho>

- [19] III. pilíř RVF - Jedno inkasní místo. In: *Ministerstvo financí České republiky* [online]. [vid. 2012-12-28]. Dostupné z: [http://www.mfcr.cz/cps/rde/xchg/mfcr/xsl/jednotne\\_inkasni\\_misto\\_3pilir\\_rvf.html](http://www.mfcr.cz/cps/rde/xchg/mfcr/xsl/jednotne_inkasni_misto_3pilir_rvf.html)
- [20] Čl. XXV – Čl. XXVI: Část šestnáctá: Změna zákona o pojistném na všeobecném pojištění. In: *Zákon č. 458/2011 Sb., o změně zákonů souvisejících se zřízením jednoho inkasního místa a dalších změnách daňových a pojistných zákonů*. Dostupné také z: <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonStruct.jsp?page=0&idBiblio=76086&recShow=25&nr=458~2F2011&rpp=50#parCnt>
- [21] KONEČNÁ, J. *Financování zdravotní péče v České republice s ukázkou modelů financování zdravotní péče ve vybraných zemích a judikaturou z této oblasti*. Brno, 2009. 168 s., 34 s. příl. Rigorózní práce (JUDr.). Masarykova Univerzita, Právnická fakulta. Dostupné také z: [http://is.muni.cz/th/167221/pravf\\_r/?lang=en;id=149043](http://is.muni.cz/th/167221/pravf_r/?lang=en;id=149043)
- [22] *Sdělení ČSÚ 427/2005 Sb., o zavedení Klasifikace hospitalizovaných pacientů (IR-DRG)*. Dostupné také z: <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=60525&nr=427~2F2005&rpp=15#local-content>
- [23] POPOVIČ, I. *Aktuální informace č. 28/12: Celkové výdaje na zdravotnictví 2007–2011* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2012. [vid. 2012-10-24]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/celkove-vydaje-na-zdravotnictvi-2007-2011>
- [24] ČSÚ. *Pokles reálných mezd se prohloubil: Průměrné mzdy – 2. čtvrtletí 2012* [online]. Praha: Český statistický úřad, 2012-09-03 [vid. 2012-10-03]. Dostupné z: <http://www.czso.cz/csu/csu.nsf/informace/cpmz090312.doc>
- [25] *Zákon č. 504/2012 Sb., o státním rozpočtu České republiky na rok 2013*. Dostupné také z: [http://www.mfcr.cz/cps/rde/xbcr/mfcr/Zakon\\_504-2012\\_SR-2013\\_priloha-1.pdf](http://www.mfcr.cz/cps/rde/xbcr/mfcr/Zakon_504-2012_SR-2013_priloha-1.pdf)

- [26] ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka 2010* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2011. [vid. 2012-07-24]. ISBN 978-80-7280-966-0. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-2010>
- [27] ČSÚ. Projekce obyvatelstva České republiky. In: *Populační prognóza ČR do r. 2050* [online]. Praha: Český statistický úřad, 2004-06-11, 21 s. [vid. 2012-12-12]. Dostupné z: [http://www.czso.cz/csu/2004edicniplan.nsf/t/B0001D6145/\\$File/4025rra.pdf](http://www.czso.cz/csu/2004edicniplan.nsf/t/B0001D6145/$File/4025rra.pdf)
- [28] Statistika týkající se kouření cigaret – souhrn všech údajů. In: *Kuřáková plíce* [online]. 2012-08-09 [vid. 2012-10-09]. Dostupné z: [http://www.kurakovaplice.cz/koureni\\_cigaret/zajimavosti-a-statistiky/statistiky-tykajici-se-koureni/10-statistiky-tykajici-se-koureni-cigaret.html](http://www.kurakovaplice.cz/koureni_cigaret/zajimavosti-a-statistiky/statistiky-tykajici-se-koureni/10-statistiky-tykajici-se-koureni-cigaret.html)
- [29] ČSÚ. Rok 2009: Balance obyvatelstva a analytické ukazatele. In: *Demografické ročenky (pramenná díla) 2009 – 1990* [online]. Praha: Český statistický úřad, 2012-11-06 [vid. 2013-04-01]. Dostupné z: [http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/casova\\_rada\\_demografie\\_2009\\_1990](http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/casova_rada_demografie_2009_1990)
- [30] MATOULEK, M. Výskyt obezity v České republice v roce 2011. In: *Obesity NEWS: Noviny pro prevenci a léčbu obezity* [online]. Praha: NOL - nakladatelství odborné literatury, s.r.o., 2011-04-14 [vid. 2013-02-05]. Dostupné z: <http://www.obesity-news.cz/?id=307>
- [31] PUKLOVÁ, V. *Výskyt nadváhy a obezity* [online]. Praha: Státní zdravotní ústav, březen 2011 [vid. 2013-02-06]. Dostupné z: [http://www.szu.cz/uploads/documents/chzp/zdravstav/vyskyt\\_nadvahy\\_a\\_obezity.pdf](http://www.szu.cz/uploads/documents/chzp/zdravstav/vyskyt_nadvahy_a_obezity.pdf)
- [32] KRÁLÍKOVÁ, E. Kouření opravdu škodí zdraví. In: *Zdravotnické noviny* [online]. Praha: Mladá fronta, 2010-03-01 [vid. 2012-11-10]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-pacientske-listy/koureni-opravdu-skodi-zdravi-450000>
- [33] ČSÚ. Výdaje Zdravotních pojišťoven. In: *Výdaje zdravotnických účtů ČR 2000 – 2011* [online]. Praha: Český statistický úřad, 2013-04-02 [vid. 2013-04-04]. Dostupné z: [http://www.czso.cz/csu/2013edicniplan.nsf/t/3A003B2AEC/\\$File/330613k3.pdf](http://www.czso.cz/csu/2013edicniplan.nsf/t/3A003B2AEC/$File/330613k3.pdf)



[34] ÚZIS ČR. *Sít' zdravotnických zařízení 2011* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2012. [vid. 2012-09-19]. ISBN 978-80-7472-004-8. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/sit-zdravotnickych-zarizeni-2011>

[35] *Stupnice platových tarifu podle platových tříd a platových stupňů pro zaměstnance uvedené v § 5 odst. 4 nařízení vlády č. 564/2006 Sb., o platových poměrech zaměstnanců ve veřejných službách a správě.* Dostupné také z: <http://osz.cmkos.cz/files/Article/380/TextDocument/stupnice-platovych-tarifu-podle-platovych-trid-a-platovych-stupu.pdf>

[36] MAŠKOVÁ, E. *Aktuální informace č. 30/12: Mzdy a platy ve zdravotnictví 2011* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2012. [vid. 2013-02-21]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/mzdy-platy-ve-zdravotnictvi-roce-2011>

[37] ÚZIS ČR. *Aktuální informace č. 14/09: Mzdy a platy ve zdravotnictví 2008* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2009. [vid. 2013-02-23]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/mzdy-platy-zdravotnictvi-roce-2008>

[38] ÚZIS ČR. *Aktuální informace č. 32/10: Mzdy a platy ve zdravotnictví 2009* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2010. [vid. 2013-02-23]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/mzdy-platy-zdravotnictvi-roce-2009>

[39] MAŠKOVÁ, E. *Aktuální informace č. 39/11: Mzdy a platy ve zdravotnictví 2010* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2011. [vid. 2013-02-23]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/mzdy-platy-zdravotnictvi-roce-2010>

[40] ČSÚ. *Propouštění a mimořádné odměny na konci roku zvýšily průměr mezd o 5,2 %: Průměrné mzdy – 4. čtvrtletí 2009* [online]. Praha: Český statistický úřad, 2010-03-09 [vid. 2013-02-20]. Dostupné z: <http://www.czso.cz/csu/csu.nsf/informace/cpmz030910.doc>

[41] ČSÚ. *Zaměstnanci a jejich průměrné hrubé měsíční mzdy v národním hospodářství podle činnosti* [online Veřejná databáze ČSÚ]. [vid. 2013-02-20]. Dostupné z: [http://vdb.czso.cz/vdbvo/tabparamzdr.jsp?voa=graf&cislotab=10-01&vo=graf&kapitola\\_id=15](http://vdb.czso.cz/vdbvo/tabparamzdr.jsp?voa=graf&cislotab=10-01&vo=graf&kapitola_id=15)

[42] ČSÚ. *Průměrné hrubé měsíční mzdy podle klasifikace zaměstnání v krajích* [online]. Veřejná databáze ČSÚ. [vid. 2013-02-20]. Dostupné z: [http://vdb.czso.cz/vdbvo/tabparamzdr.jsp?voa=graf&cislatab=PRA0040PU\\_KR&vo=graf&stranka=1&kapitola\\_id=15](http://vdb.czso.cz/vdbvo/tabparamzdr.jsp?voa=graf&cislatab=PRA0040PU_KR&vo=graf&stranka=1&kapitola_id=15)

[43] ČSÚ. *Průměrné hrubé měsíční mzdy zaměstnanců podle hlavních tříd klasifikace zaměstnání CZ-ISCO v krajích* [online]. Veřejná databáze ČSÚ. [vid. 2013-02-20]. Dostupné z: [http://vdb.czso.cz/vdbvo/tabparamzdr.jsp?voa=graf&cislatab=PRA0041PU\\_KR&vo=graf&stranka=0&kapitola\\_id=15](http://vdb.czso.cz/vdbvo/tabparamzdr.jsp?voa=graf&cislatab=PRA0041PU_KR&vo=graf&stranka=0&kapitola_id=15)

[44] ČSÚ. *Tabulka č. C 3: Počty zaměstnanců a jejich průměrné hrubé měsíční mzdy podle odvětví a vzdělání rok 2011* [online]. Praha: Český statistický úřad, 2012-05-31 [vid. 2013-02-21]. Dostupné z <http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/p/3109-12>

[45] *Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách*. Dostupné také z: <http://www.podnikatel.cz/zakony/zakon-c-280-1992-sb-o-resortnich-oborovych-podnikovych-a-dalsich-zdravotnich-pojistovnach/cele-zneni/>

[46] *Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky*. Dostupné také z: <http://www.podnikatel.cz/zakony/zakon-c-551-1991-sb-o-vseobecne-zdravotni-pojistovne-ceske-republiky/cele-zneni/>

[47] Změny počtu pojištěnců jednotlivých zdravotních pojišťoven mezi 1. 1. 2010 a 1. 1. 2012 po krajích. In: *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. [vid. 2012-08-28]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/dokumenty/zmeny-poctu-pojistencu-jednotlivych-zdravotnich-pojistoven-mezi-112010-a-1\\_6183\\_1.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/zmeny-poctu-pojistencu-jednotlivych-zdravotnich-pojistoven-mezi-112010-a-1_6183_1.html)

[48] VZP ČR. Výroční zprávy od roku 2001. In: *Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky*. [online]. [vid. 2012-11-05]. Dostupné z: <http://www.vzp.cz/o-nas/dokumenty/vyrocní-zpravy>

[49] VZP ČR. *Výroční zpráva Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky za rok 2010* [online]. Praha: B.I.G. Prague, duben 2011. 96 s. [vid. 2012-11-05]. Dostupné z: <http://www.vzp.cz/uploads/document/vzp-cz-2010-pdf-150-dpi-pdf.pdf>

[50] VZP ČR. *Výroční zpráva Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky za rok 2011* [online]. Praha, duben 2012. 92 s. [vid. 2012-11-05]. Dostupné z: <http://www.vzp.cz/uploads/document/vyrocní-zprava-2011.pdf>

[51] ČSÚ. Tabulka 8: Počet pojištěnců podle věku a pohlaví. In: *Výsledky zdravotnických úctů ČR 2000 až 2010 (Přílohy)* [online]. Praha: Český statistický úřad, 2012-04-02 [vid.2012-11-06]. Dostupné z: [http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/t/D40028DBB7/\\$File/330612p8.pdf](http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/t/D40028DBB7/$File/330612p8.pdf) - zdroj celkového počtu obyvatel 2000

[52] *Zákon č. 298/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony.* Dostupné také z: <http://www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?o=6&T=325>

[53] *Svaz zdravotních pojišťoven ČR* [online]. [vid. 2013-01-06]. Dostupné z: svaz zdravotních pojišťoven stránky <http://www.szpcr.cz/index.php?c=onas>

[54] *Zákon č. 351/2009 Sb., kterým se mění zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů.* Dostupné také z: <http://www.podnikatel.cz/zakony/zakon-c-280-1992-sb-o-resortnich-oborovych-podnikovych-a-dalsich-zdravotnich-pojistovnach/vybrana-ustanoveni-novel/>

[55] *Zákon č. 93/2009 Sb., o auditorech a o změně některých zákonů (zákon o auditorech)* Dostupné z: <http://www.podnikatel.cz/zakony/zakon-c-93-2009-sb-o-auditorech-a-o-zmene-nekterych-zakonu-zakon-o-auditorech/cele-zneni/>

[56] *Vyhláška č. 418/2003 Sb., kterou se stanoví podrobnější vymezení okruhu a výše příjmů a výdajů fondů veřejného zdravotního pojištění zdravotních pojišťoven, podmínky jejich tvorby, užití, přípustnosti vzájemných převodů finančních prostředků a hospodaření s nimi, limit nákladů na činnost zdravotních pojišťoven krytých ze zdrojů základního fondu včetně postupu propočtu tohoto limitu.* Dostupné také z: <http://www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?cz=418&r=2003>

[57] *Vyhláška č. 302/2012 Sb., kterou se mění vyhláška č. 418/2003 Sb., kterou se stanoví podrobnější vymezení okruhu a výše příjmů a výdajů fondů veřejného zdravotního pojištění zdravotních pojišťoven, podmínky jejich tvorby, užití, přípustnosti vzájemných převodů finančních prostředků a hospodaření s nimi, limit nákladů na činnost zdravotních pojišťoven krytých ze zdrojů základního fondu včetně postupu propočtu tohoto limitu, ve znění pozdějších předpisů.* Dostupné také z: <http://www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?cz=302&r=2012>

[58] ZPMV ČR. *Výroční zpráva Zdravotní pojišťovny Ministerstva vnitra České republiky* [online]. Praha, duben 2011. 124 s. [vid. 2012-11-08]. Dostupné z: [http://www.zpmvcr.cz/\\_sys\\_/FileStorage/download/1/151/vz-2010.pdf](http://www.zpmvcr.cz/_sys_/FileStorage/download/1/151/vz-2010.pdf)

[59] ČPZP. *Výroční zpráva za rok 2010* [online]. Ostrava, duben 2011. 118 s. [vid. 2012-11-08]. Dostupné z: [http://www.cpzp.cz/pdf/vz\\_cpzp\\_2010.pdf](http://www.cpzp.cz/pdf/vz_cpzp_2010.pdf)

[60] OZP. *Výroční zpráva za rok 2010* (t05130q.pdf) [online]. Praha, duben 2011. 104 s. [vid. 2012-11-07]. Dostupné z: <http://www.psp.cz/sqw/text/text2.sqw?idd=76100>

[61] VoZP. *Výroční zpráva za rok 2010* [online]. Praha, duben 2011. 104 s. [vid. 2012-11-08]. Dostupné z: <http://www.vozp.cz/opencms/export/sites/vozp/.content/galerie-souboru/Opojstovne/Tiskovy-servis/Vyrocní-zpravy/Vyrocní-zprava-za-rok-2010.pdf>

[62] RBP. *Výroční zpráva za rok 2010* [online]. Ostrava, duben 2011. 97 s. [vid. 2012-11-08]. Dostupné z: [http://www.rbp-zp.cz/obr/VZ\\_2010.pdf](http://www.rbp-zp.cz/obr/VZ_2010.pdf)

[63] ZP Škoda. *Výroční zpráva za rok 2010* [online]. Mladá Boleslav, duben 2011. 92 s. [vid. 2012-11-08]. Dostupné z: <http://www.zpskoda.cz/wysiwyg/VZ%202010.pdf>

[64] Důvěra pojištěnců ve VZP se zvyšuje. In: *Zdravotnické noviny ZN* [online]. Praha: Ambit Media, a. s., 2010-07-25, roč. 59, č. 29 [vid. 2012-11-24]. Dostupné z: <http://www.zdravky.cz/kongresovy-list/archiv/duvera-pojistencu-ve-vzp-se-zvysuje>

[65] ČABANOVÁ, A. Průzkum: Čtvrtina lidí se ráda připojistí, třeba na lepší kloub. In: *Medical Tribune CZ: Tribuna lékařů a zdravotníků* [online]. Praha: MEDICAL

TRIBUNE CZ, s.r.o., 2010-05-19 [vid. 2012-12-08] Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/17829>

[66] KLIKA, L. a T. BENEŠOVÁ. 745.000 lidí uvažovalo v posledním roce o změně své zdravotní pojišťovny. Zbývá jim na to už jen 8 dní. In: *MindBridge Consulting: výzkum trhu a marketingové poradenství* [online]. Praha: MindBridge Consulting a.s., 2011-11-22 [vid. 2012-12-14]. Dostupné z: <http://www.mindbridge.cz/cs/aktuality/745-000-lidi-uvažovalo-v-poslednim-roce-o-zmene-sve-zdravotni-pojistovny-zbyva-jim-na-to-uz-jen-8-dni/>

[67] GFK CZECH – MEDIAN. *Media projekt* [online]. Praha: Unie vydavatelů, 2012 [vid. 2012-02-10]. Dostupné z: <http://www.unievydavatelu.cz/Upload/1032.pdf>

[68] BURDA MEDIA 2000. *Ceníky 2012* [online]. Praha: BURDA Media 2000 s.r.o. [vid. 2012-10-02]. Dostupné z: <http://inzerce.burdamedia.cz/files/lifestylove-tituly-cenik-2012-8.pdf>

[69] Inzerce. In: *Mladá fronta* [online]. [vid. 2012-10-02]. Dostupné z: <http://www.mf.cz/produkty/maminka/inzerce/>

[70] Inzerce. In: *Mladá fronta* [online]. [vid. 2012-10-02]. Dostupné z: <http://www.mf.cz/produkty/dieta/inzerce/>

[71] Inzerce. In: *Mladá fronta* [online]. [vid. 2012-10-02]. Dostupné z: <http://www.mf.cz/produkty/moje-zdravi/inzerce/>

[72] Inzerce. In: *Mladá fronta* [online]. [vid. 2012-10-02]. Dostupné z: <http://www.mf.cz/produkty/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/inzerce/>

[73] Inzerce. In: *Mladá fronta* [online]. [vid. 2012-10-02]. Dostupné z: <http://www.mf.cz/produkty/sestra/inzerce/>

[74] SANOMA MEDIA PRAHA. *Ceník, inzerce, tisk* [online] Praha: Sanoma Media, 2012 [vid. 2012-10-02]. Dostupné z: [http://www.sanomamedia.cz/data/sharedfiles/2012/SMP\\_cenik\\_2012\\_cz.pdf](http://www.sanomamedia.cz/data/sharedfiles/2012/SMP_cenik_2012_cz.pdf)

- [75] ASTROSAT MAGAZINE PUBLISHING. *Glanc* [online]. Praha: Astrosat, spol. s r. o., [vid. 2012-10-02]. Dostupné z: <http://www.astrosat.cz/PDF/2012/inzerce-glanc.pdf>
- [76] BAUERMEDIA. *Ceník inzerce v časopisu Žena a život* [online]. [vid. 2012-10-02]. Dostupné z: <http://media.bauermedia.cz/advert/cs-zena-a-zivot-2012-9k1x3.pdf>
- [77] BAUERMEDIA. *Ceník inzerce v časopisu Tina* [online]. [vid. 2012-10-02]. Dostupné z: <http://media.bauermedia.cz/advert/tina-cs-csl2i.pdf>
- [78] BAUERMEDIA. *Ceník inzerce v časopisu Chvilka pro Tebe* [online]. [vid. 2012-10-02]. Dostupné z: <http://media.bauermedia.cz/advert/cs-chvilka-pro-tebe-2012-gxvuv.pdf>
- [79] BURDA MEDIA 2000. *Ceník inzerce 2012* [online]. Praha: BURDA Media 2000 s.r.o. [vid. 2012-10-02]. Dostupné z: <http://inzerce.burdamedia.cz/files/vysokonakladove-tituly-cenik-2012-4.pdf>
- [80] ČASOPISY 2005. *Mediakit Zdraví – charakteristika časopisu, inzertní témata, ceník a objednávka (PDF)* [online]. Praha: Časopisy 2005, s. r. o. [vid. 2012-10-02]. Dostupné z: [http://www.mesicnikzdravi.cz/inzerce/mediakit\\_zdravi\\_2012.pdf](http://www.mesicnikzdravi.cz/inzerce/mediakit_zdravi_2012.pdf)
- [81] CET 21. *Cenové podmínky propagace na TV NOVA, TV NOVA CINEMA a Novém kanále* [online]. CET 21 spol. s r.o. 2012-02-15 [vid. 2012-10-03]. Dostupný z: <http://image.tn.nova.cz/media/document/1352620.pdf>
- [82] Data. In: *ATO* [online]. [vid. 2012-10-04]. Dostupné z: <http://www.ato.cz/ke-stazeni/data>
- [83] *Checkfacebook – Free FB Monitoring Tool: Facebook Statistics by Countries* [online]. [2012-12-16]. Dostupné z: <http://www.checkfacebook.com/>
- [84] *Facebook* [online]. [vid. 2012-12-16]. Dostupné z: [www.facebook.com](http://www.facebook.com)
- [85] *Pojišťovna 211* [online]. [vid. 2012-12-16] Dostupné z: <http://www.zpmvcr.cz/>

- [86] *Zdraví jako vášeň* [online]. [vid. 2012-12-16]. Dostupné z: <http://www.zdravijakovasen.cz/>
- [87] Klientský časopis OZP. In: *Oborová zdravotní pojišťovna* [online]. [vid. 2012-09-06]. Dostupné z: [http://www.ozp.cz/index.php?casopis\\_letaky\\_ozp](http://www.ozp.cz/index.php?casopis_letaky_ozp)
- [88] *Zdraví plus*. In: *Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky* [online]. [vid. 2012-09-06]. Dostupné z: <http://www.vzp.cz/o-nas/dokumenty/casopisy-vzp/zdravi-plus>
- [89] *Bulletin*. In: *Pojišťovna 211* [online]. [vid. 2012-09-06]. Dostupný z: <http://www.zpmvcr.cz/pojistovna-211/bulletin/>
- [90] Zpravodaj ČPZP PLUS pro zdraví. In: *ČPZP* [online]. [vid. 2012-09-06]. Dostupné z: <http://www.cpzp.cz/clanek/2873-0-Zpravodaj-CPZP-PLUS-pro-zdravi.html>
- [91] Zpravodaj. In: *Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky* [online]. [vid. 2012-09-06]. Dostupné z: <http://www.vozp.cz/cs/o-pojistovne/tiskovy-servis/zpravodaj/>
- [92] Zpravodaj RBP. In: *Revírní bratrská pokladna* [online]. [vid. 2012-09-06]. Dostupné z: <http://www.rbp-zp.cz/o-nas/zpravodaj-rbp/>
- [93] Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR. In: *Facebook* [online]. [vid. 2012-03-22]. Dostupné z: <https://www.facebook.com/pojistovnazpmvcr?fref=ts>
- [94] *Zdraví jako vášeň*. In: *Facebook* [online]. [vid. 2012-03-22]. Dostupné z: <https://www.facebook.com/zdravijakovasen?fref=ts> cit.22. 3. 2013
- [95] OZPáček. In: *Facebook* [online]. [vid. 2012-03-22]. Dostupné z: <https://www.facebook.com/ozpacek?fref=ts>
- [96] Česká průmyslová zdravotní pojišťovna. In: *Facebook* [online]. [vid. 2012-03-22]. Dostupné z: <https://www.facebook.com/CPZP.cz?fref=ts> cit.22. 3. 2013

- [97] Mimořádná akce – Klient hledá klienta. In: *Oborová zdravotní pojišťovna* [online]. [vid. 2013-03-22]. Dostupné z: [http://www.ozp.cz/index.php?mimoradna\\_akce\\_klient\\_hleda\\_klienta](http://www.ozp.cz/index.php?mimoradna_akce_klient_hleda_klienta) cit.22. 3. 2013
- [98] *Zákon 365/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony.* Dostupné také z: <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=75451&fulltext=&nr=365~2F2011&part=&name=&rpp=15#local-content>
- [99] Kontaktní místa RBP. In: *Revírní bratrská pokladna* [online]. [vid. 2013-02-14]. Dostupné z: <http://www.rbp-zp.cz/aplikace/kontaktmi-mista-rbp/moravskoslezsky.html>
- [100] Kontaktní místa (pobočky). In: *ZPŠ* [online]. [vid. 2013-02-14]. Dostupné z: <http://www.zpskoda.cz/kontakt/kontaktmi-mista-pobocky>
- [101] Pobočky. In: *Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky* [online]. [vid. 2013-02-14]. Dostupné z: <http://www.vzp.cz/o-nas/pobocky>
- [102] Pobočky. In: *Pojišťovna 211* [online]. [vid. 2013-02-14]. Dostupný z: <http://www.zpmvcr.cz/pobocky/>
- [103] Pobočky ČPZP. In: *ČPZP* [online]. [vid. 2013-02-14]. Dostupné z: <http://www.cpzp.cz/pobocky/>
- [104] Kontakty. In: *Oborová zdravotní pojišťovna* [online]. [vid. 2013-02-14]. Dostupné z: <http://www.ozp.cz/index.php?kontakt>
- [105] Kontakty. In: *Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky* [online]. [vid. 2013-02-14]. Dostupné z: <http://www.vozp.cz/cs/o-pojistovne/kontakty/>
- [106] BRYNDOVÁ, L., K. PAVLKOVÁ, T. ROUBAL, M. ROKOSOVÁ M. a GASKINS. Czech Republic: Health system review. In: *Health Systems in Transition* [online]. United Kingdom: WHO on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2009, vol. 11, iss. 1, p. 1 – 122. [vid. 2012-02-24]. ISSN 1817-6127. Dostupné z: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/97633/E92968.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/97633/E92968.pdf)



- [107] Organizační složky státu a státní příspěvkové organizace. In: *Ministerstvo vnitra* [online]. [vid. 2012-09-15]. Dostupné z: <http://www.mvcr.cz/clanek/organizacni-slozky-organizacni-slozky-statu-a-statni-prispevkove-organizace.aspx>
- [108] MAŠKOVÁ, E. *Aktuální informace č. 64/12: Pracovníci ve zdravotnictví* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2013. [vid. 2013-03-21]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/pracovnici-ve-zdravotnictvi-31-12-2011>
- [109] SZP ČR. Tiskové prohlášení Svazu zdravotních pojišťoven ČR (SZP ČR): Zdravotní péče v nemocnicích bude od 1. ledna 2013 zajištěna. In: *Svaz zdravotních pojišťoven* [online]. Praha, 2013-01-03. [vid. 2013-09-01]. Dostupné z: <http://www.szpcr.cz/aktuality/20130103.pdf>
- [110] Zdravotní pojišťovny působící v ČR, přehled. In: *Pojišťovny.com* [online]. [vid. 2012-10-4]. Dostupné z: <http://www.pojistovny.com/zdravotni-pojistovny/>
- [111] MZČR. Prohlášení Ministerstva zdravotnictví ČR ke sloučení České průmyslové zdravotní pojišťovny a Zdravotní pojišťovny METAL-ALIANCE. In: *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. Praha, 2012-08-24. [vid. 2012-08-28]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/dokumenty/prohlaseni-ministerstva-zdravotnictvi-cr-ke-sloucenici-ceske-prumyslove-zdravotni-\\_6689\\_1.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/prohlaseni-ministerstva-zdravotnictvi-cr-ke-sloucenici-ceske-prumyslove-zdravotni-_6689_1.html)
- [112] VOMLELA, J. Historie a současnost Revírní bratrské pokladny, zdravotní pojišťovny. In: *Revírní bratrská pokladna* [online]. 2011-12-01. [vid. 2012-10-05]. Dostupné z: <http://www.rbp-zp.cz/o-nas/historie-pojistovny/>

## Bibliografie

BARTÁK, M., P. HORÁKOVÁ a A. MALINA. Lidské zdroje ve zdravotnictví: Vybrané poznatky WHO a OECD. *Zdravotnictví v České republice*. Praha: Asociace pro rozvoj sociálního lékařství a řízení péče o zdraví, 2007, roč. 10, č. 4, s. 146-128. ISSN 1213-6050.

BARTÁK, M. a P. HORÁKOVÁ. Soukromé zdravotní pojištění v OECD. *Zdravotnictví v České republice*. Praha: Asociace pro rozvoj sociálního lékařství a řízení péče o zdraví, 2008, roč. 11, č. 4, s. 124-126. ISSN 1213-6050.

BOROVSKÝ, J. a V. DYNTAROVÁ. *Ekonomika zdravotnických zařízení*. 1. vyd. Praha: České vysoké učení technické, 2010. 114 s. ISBN 978-80-01-04485-8.

DRBAL, C. *Budoucnost zdraví a zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Národohospodářský ústav Josefa Hlávky, 2008. 65 s. ISBN 978-80-86729-39-8.

DRBAL, C. *Česká zdravotní politika a její východiska*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 96 s. ISBN 80-7262-340-0.

GLADKIJ, I. *Úvod do zdravotní politiky, ekonomiky a sociologie zdravotnictví*. 1. vyd. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 1995. 177 s. ISBN 80-7067-503-9.

HNILICOVÁ, H., J. VAVREČKOVÁ a K. DOBIÁŠOVÁ. Migrační tendence u českých lékařů. *Časopis lékařů českých*. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, 2008, roč. 147, č. 1, s. 49-54. ISSN 0008-7335.

HRANATÝ STŮL – PROJEKT REFORMY ZDRAVOTNICTVÍ PODLE POTŘEB PACIENTŮ. Reforma zdravotnictví z pohledu občanů a pacientů: Veřejné zdravotnictví přátelské vůči občanům. In: *Svaz pacientů České republiky: Hranatý stůl zveřejňuje reformu zdravotnictví podle pacientů* [online]. Praha, 2008-08-11. [vid. 2012-07-02]. Dostupné z: <http://www.svazpacientu.cz/clanek.php?id=2075>

MÁŠOVÁ, H. Dva pilíře přestavby československého zdravotnictví: Nedvědův a Albertův plán. Porovnání. In: MÁŠOVÁ, H., E. KŘÍŽOVÁ, P. SVOBODNÝ. *České zdravotnictví. Vize a skutečnost. Složitá peripetie od plánů k realizaci*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2005, s. 65- 97. ISBN 80-246-0944-4.

MÁŠOVÁ, H. *Nemocniční otázka v meziválečném Československu: moderní pojetí role nemocnice, jak se formovalo a postupně realizovalo v období první republiky*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 235 s. ISBN 80-246-0908-8.

MERTL, J. Konkurence za veřejné peníze: Programy hrazené z fondu prevence v systému veřejného zdravotního pojištění ČR. *Zdravotnictví v České republice*. Praha: Asociace pro rozvoj sociálního lékařství a řízení péče o zdraví, 2005, roč. 8, č. 4, s. 161. ISSN 1213-6050.

MERTL, J. Pluralita zdravotních pojišťoven. *Zdravotnictví v České republice*. Praha: Asociace pro rozvoj sociálního lékařství a řízení péče o zdraví, 2007, roč. 10, č. 4, s. 122-127. ISSN 1213-6050.

MÜLLER, A. a J. JAROŠ. Vybrané problémy zdravotnické reformy. *Zdravotnictví v České republice*. Praha: Asociace pro rozvoj sociálního lékařství a řízení péče o zdraví, 2008, roč. 11, č. 2, s. 49. ISSN 1213-6050.

REKTOŘÍK, J. a kol. *Ekonomika a řízení veřejného sektoru*. 2. vyd. Praha: Ekopress, 2007. 309 s. ISBN 978-80-86929-3.

SUCHÁNEK, D. Zdravotnické vize ministra Adolfa Procházky. In: MÁŠOVÁ, H., E. KRÍŽOVÁ, P. SVOBODNÝ *České zdravotnictví. Vize a skutečnost. Složitá peripetie od plánů k realizaci*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2005, s. 65- 97. ISBN 80-246-0944-4.

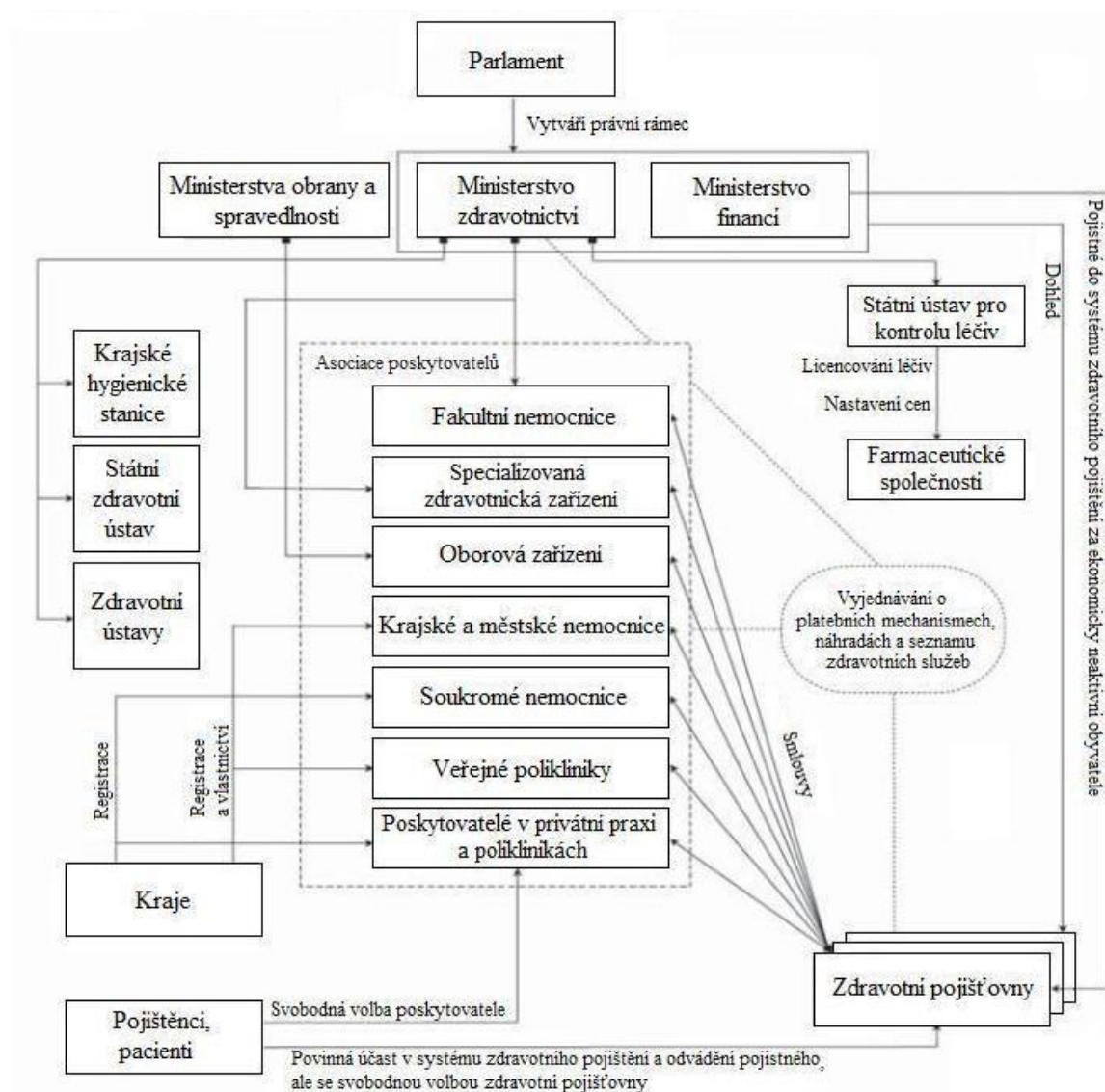
TRNČÁKOVÁ, K. A. *Založení Baťovy nemocnice ve Zlíně*. Brno, 2011. 50 s., 10 s. příl. Bakalářská práce (Bc.). Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta [cit. 2012-07-31]. Dostupné také z: [http://is.muni.cz/th/321990/pedf\\_b/Bakalarska\\_prace.pdf](http://is.muni.cz/th/321990/pedf_b/Bakalarska_prace.pdf)

VEPŘEK, P. Pohled do izraelského zdravotnictví. *Zdravotnictví v České republice*. Praha: Asociace pro rozvoj sociálního lékařství a řízení péče o zdraví, 2008, roč. 11, č. 4, s. 140-142. ISSN 1213-6050.

# Seznam příloh

<b>Příloha A – Organizační struktura systému zdravotnictví ČR .....</b>	<b>117</b>
<b>Příloha B – Státní pojištěnci dle zákona č. 48/1997 Sb. ....</b>	<b>119</b>
<b>Příloha C – Struktura průměrného platu lékařů v ČR v roce 2011 .....</b>	<b>120</b>
<b>Příloha D – Průměrné hrubé mzdy vysokoškolsky vzdělaného obyvatelstva v roce 2011 dle oborů .....</b>	<b>121</b>
<b>Příloha E – Zaměstnanecké zdravotní pojišťovny v ČR v roce 2012.....</b>	<b>122</b>
<b>Příloha F – Počty poboček jednotlivých ZP podle krajů (stav k 14. 2. 2013) .....</b>	<b>125</b>

## Příloha A - Organizační struktura systému zdravotnictví ČR



Obrázek A1 Organizační struktura systému českého zdravotnictví  
Zdroj: Přeloženo z [106]

V současné době je ke konci roku 2011 evidováno v České republice celkem 225 zdravotnických zařízení provozovaných MZ ČR a ostatními centrálními orgány. Patří sem 11 fakultních nemocnic a 8 dalších nemocnic a léčeben jako státní příspěvkové organizace pod správou MZ ČR a dalších 5 nemocnic je pod správou ostatních centrálních orgánů (např. Oblastní nemocnice Ministerstva vnitra). Celkem je zaměstnáno dle údajů ke konci roku 2011 v těchto státních zdravotních zařízeních přibližně čtvrtina všech pracovníků ve zdravotnictví. [34] [107] [108]

Celkem 28 225 evidovaných zdravotnických zařízení je nestátních. Z tohoto počtu kraj je zřizovatelem 155 těchto zařízení z toho 24 nemocnic, město či obec zřizuje celkem 170 nestátních zařízení včetně 17 nemocnic. Soukromá zařízení, jejichž vlastníky je fyzická osoba, církev nebo jiná právnická osoba, zaujímají zbylých 27 900 zařízení. [34]

Z celkového počtu 121 nemocnic zřizovaných právnickou osobou, což je necelá polovina z celkového počtu lůžek (49 %), se již 51 nemocnic přetransformovalo na obchodní společnosti, kde je majoritním vlastníkem kraj nebo obec. [34]

Dohromady lze ke konci roku 2011 v České republice napočítat 189 nemocnic (včetně 3 církevních) s 60 336 lůžky – 84 % tohoto počtu tvoří lůžka akutní péče, 3,6 % novorozenecká lůžka a 12,6 % tvoří lůžka ošetrovatelské následné péče. [34]

V nemocniční sféře je již několikátým rokem trend snižování lůžek akutní péče na úkor zvyšování lůžek následné péče. V roce 2011 bylo o 3,6 % (z počtu 50 678 je to 1912 lůžek) méně akutních lůžek než v předchozím roce a pro rok 2013 se počítá dle prohlášení Svazu zdravotních pojišťoven ČR s omezením části lůžek akutní péče ve 12 menších nemocnicích v rámci minimalizování nákladů. [34] [109]

Dále v ČR funguje 160 odborných léčebných ústavů se zvyšujícím se počtem lůžek v léčebnách pro dlouhodobě nemocné a 88 lázeňských léčeben, které jsou téměř všechny zprivatizovány. [34]

## **Příloha B – Státní pojištěnci dle zákona č. 48/1997 Sb.**

- nezaopatřené děti či mladiství, umístění ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy a ochranné výchovy,
- děti a mladiství do 26 let soustavně se připravující na budoucí povolání
- osoby požívající starobní nebo invalidní důchod,
- ženy na mateřské a osoby na rodičovské dovolené a osoby pobírající peněžitou pomoc v mateřství podle předpisů o nemocenském pojištění či příjemci rodičovského příspěvku,
- nezaměstnaní zapsaní na Úřadu práce a splňující zákonem dané podmínky,
- osoby pobírající dávku pomoci v hmotné nouzi a osoby s nimi společně posuzované za určitých podmínek daných zákonem,
- osoby, které jsou závislé na péči jiné osoby ve stupni II (středně těžká závislost) nebo stupni III (těžká závislost) anebo stupni IV (úplná závislost), a osoby o ně pečující,
- vězni nebo osoby ve výkonu zabezpečovací detence nebo vazby,
- osoby celodenně, osobně a řádně pečující minimálně o jedno dítě do 7 let věku nebo alespoň dvě děti do 15 let věku,
- osoby s trvalým pobytem na území ČR, příjemci dávek nemocenského pojištění, za které není plátcem pojistného zaměstnavatel ani stát, které neplatí pojistné ani jako OSVČ, a další. [13]

## Příloha C – Struktura průměrného platu lékařů v ČR v roce 2011

<i>Tabulka C1 Struktura průměrného platu u lékařů v ČR v roce 2011</i>			průměrný přepočtený evidenční počet zaměstnanců: 12411
<b>položka platu</b>	<b>částka [Kč]</b>	<b>podíl na celkovém platu</b>	
tarifní plat	29326	<b>50,84%</b>	
odměny	6318	<b>10,95%</b>	
osobní příplatek	5994	<b>10,39%</b>	
plat za práci přesčas vč. příplatu	5687	<b>9,86%</b>	
náhrady platu	5084	<b>8,81%</b>	
odměna za pracovní pohotovost	1389	<b>2,41%</b>	
příplatek za vedení	993	<b>1,72%</b>	
příplaty za práci v SO + NE	984	<b>1,71%</b>	
příplatek za noční práci	766	<b>1,33%</b>	
zvláštní příplatky	561	<b>0,97%</b>	
příplatek za práci ve svátek	483	<b>0,84%</b>	
příplatek za práci ve ztíženém prostředí	101	<b>0,18%</b>	
<b>průměrný plat celkem</b>	<b>57687</b>	<b>100,00%</b>	
Zdroj: Vlastní zpracování dle [36]			



## Příloha D – Průměrné hrubé mzdy vysokoškolsky vzdělaného obyvatelstva v roce 2011 dle oborů

*Tabulka D1 Průměrné hrubé mzdy VŠ vzdělaných obyvatel v roce 2011 dle oborů*

	obor	průměrná mzda [Kč]
1.	Peněžnictví a pojišťovnictví	76 816
2.	Výroba a rozvod elektřiny, plynu, tepla	76 354
3.	Informační a komunikační činnosti	74 508
4.	Těžba a dobývání	65 104
5.	Obchod, opravy motorových vozidel	62 786
6.	Stavebnictví	59 903
7.	Průmysl celkem	57 201
8.	Zpracovatelský průmysl	55 211
9.	Profesní, vědecké a technické činnosti	55 001
10.	Doprava a skladování	52 750
11.	Zásobování vodou, činnosti související s odpady	51 841
<b>12.</b>	<b>Zdravotní a sociální péče</b>	<b>51 454</b>
	Průměr	50 410
13.	Činnosti v oblasti nemovitostí	50 242
14.	Ubytování, stravování a pohostinství	47 821
15.	Administrativní a podpůrné činnosti	39 206
16.	Veřejná správa a obrana, povinné sociální zabezpečení	36 557
17.	Zemědělství, lesnictví a rybářství	35 554
18.	Vzdělávání	34 926
19.	Kulturní, zábavní a rekreační činnosti	28 753
20.	Ostatní činnosti	28 392

Zdroj: Vlastní zpracování dle [44]

## **Příloha E – Zaměstnanecké zdravotní pojišťovny v ČR**

### **Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky**

Druhou nejsilnější ZP a zatím nejsilnější zaměstnaneckou zdravotní pojišťovnou dle podílu na trhu k 1. lednu 2012 je Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR (dále jen ZPMV ČR). V říjnu roku 1992 byla založena Ministerstvem vnitra, a přestože původně vznikla pouze pro zaměstnance Ministerstva vnitra, policie či hasiče, stejně jako ostatní zaměstnanecké pojišťovny i ona přijímá pojištěnce i mimo tyto obory. V roce 1997 došlo ke sloučení se ZP Grál (Železniční zdravotní pojišťovna) a o rok později převzala regionální zaměstnaneckou pojišťovnu (REZAPO). Se svými téměř 1200 tis. klientů byla donedávna jedinou zaměstnaneckou pojišťovnou, která překonala hranici jednoho milionu pojištěnců a zaujímala na trhu 11% podíl. [12] [47] [110]

V nabídce této pojišťovny je mimo zdravotního pojištění ČR i úrazové pojištění a cestovní pojištění, které poskytuje ve spolupráci s Victoria Volksbanken. [110]

### **Česká průmyslová zdravotní pojišťovna**

Od října tohoto roku se stala další pojišťovnou, která překonala pomyslnou hranici jednoho milionu klientů Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (dále jen ČPZP). Dle údajů k 1. 1. 2012 je třetí nejsilnější pojišťovnou v ČR těsně za ZPMV. Stalo se tak na základě jejího spojení se Zdravotní pojišťovnou Metal- Aliance (dále jen ZPM-A). Po sečtení jejich pojištěnců známých k 1. 1. 2012 připadá po sloučení na ČPZP kolem 1 166 300 klientů. Tento počet zajišťuje pojišťovně výsadní postavení a stejně jako ZPMV ČR i ona zaujímá podíl 11 % na trhu. [47]

Jedná se o staronovou pojišťovnu, která vznikla v roce 2009 sloučením dvou silných ZP založených již v prvních letech vzniku zdravotních pojišťoven u nás – HZP (sloučené v roce 2009 se ZP AGEL) a ČNZP. [12] [110]

Fúze s prosperující ZPM-A založenou v roce 1993 několika strojírenskými podniky a slibně se rozvíjející bez finančních obtíží vyvolalo mnoho dohadů o nutnosti tohoto spojení nevýhodného pro ZPM-A, která takto de facto zanikla. Na základě rozhodnutí SR obou

pojišťoven MZ ČR i přes svůj nesouhlas s tímto konáním návrh na sloučení schválilo a od 1. 10. 2012 ZPM-A s více než 400 tis. klienty je součástí ČPZP. Důvodem k negativnímu postoji MZ ČR jsou dle jeho prohlášení obavy z možného vzniku „celku s velmi dominantním postavením“. [111]

Jak je i s grafu nahoře patrné, ve srovnání s podíly ostatních ZP vyjímaje VZP a ZPMV ČR je podíl ČPZP na trhu téměř dvojnásobný oproti podílu v současnosti čtvrté nejsilnější ZP.

### **Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví**

Touto pojišťovnou je Oborová zdravotní pojišťovna (dále jen OZP). Přestože dnes je její podíl na trhu pouze 6,71 % a za posledních několik let se příliš nemění, byla před rokem 2009, kdy došlo ke vzniku ČPZP, třetí nejsilnější zdravotní pojišťovnou v zemi. [47]

Podobně jako většina současných ZP byla založena již v roce 1992. V tomto roce ji založil Svaz bank a pojišťoven a původně tedy byla určena pouze pro pracovníky v oborech bankovníctví, pojišťovnictví, peněžnictví a příbuzných finančních oborech. [110]

Ani této pojišťovně se nevyhnulo slučování s ostatními ZP a v roce 2000 posílila svůj podíl na trhu sloučením se STAZPO, kterou založil Svaz podnikatelů ve stavebnictví v ČR, Odborový svaz Stavba a Stavební cech soukromých podnikatelů. Z tohoto spojení pak pramení její současný název, přestože dnes už je určena pro širokou veřejnost napříč obory. [12] [110]

Její dceřinou firmou je Vitalitas pojišťovna, a. s., která nabízí především cestovní, životní a úrazové pojištění a OZP servis s r. o., jejíž dceřiná společnost Vitapharma, s r. o. provozuje lékárnu. [60]

### **Vojenská zdravotní pojišťovna**

Těsně v pořadí za OZP je Vojenská zdravotní pojišťovna (dále jen VoZP) s 6% podílem na trhu. Tato resortní ZP s těsnou spoluprací s Ministerstvem obrany ČR a Armádou ČR byla založena na konci roku 1992. [12] [47]

Jejími pojištěnci jsou především vojáci v činné službě či žáci vojenských škol, kterým je v první řadě určena. Má celorepublikovou působnost. V roce 1997 převzala ZP Crystal. [12]

### **Revírní bratrská pokladna**

Předposlední ZP na pojišťovacím trhu s necelými 4 % je Revírní bratrská pokladna (dále jen RBP). Byla založena na začátku roku 1993 a svojí činnost zahájila v polovině roku. [47] [110]

Přestože vznikla jako poslední z výše jmenovaných současných ZP, její tradice sahá až do 19. století. V duchu této tradice se jejími zakládajícími společnostmi staly organizace více či méně spojené s těžbou uhlí. Tradiční je i její dnes již zastaralý název, kterým navazuje na svojí předchůdkyni, jejíž činnost byla nedobrovolně ukončena v roce 1948. [112]

Vzhledem k charakteru zakládajících společností (OKD Ostrava, a.s. a dalších několika společností zabývajících se těžbou uhlí na Moravě) a jejímu sloučení se s Moravskou zdravotní pojišťovnou v roce 1996, najdeme téměř 80 % jejich poboček právě v Moravskoslezském kraji. Až na výjimky se její pobočky v Čechách nevyskytují. [12] [99] [110]

### **Zdravotní pojišťovna Škoda**

Poslední českou ZP s nejmenším podílem na trhu pouhých 1,32 % je regionální ZP Škoda. Zřizovatelem této ZP bylo v říjnu roku 1992 Ministerstvo práce a sociálních věcí na základě žádosti firmy Škoda, automobilová akciová společnost (dnes ŠKODA AUTO, a. s.). [47] [110]

Klienty této velmi dobře prosperující zdravotní pojišťovny byly původně zaměstnanci firmy či jejich rodinní příslušníci a díky tomu působí převážně v regionech, kde se nachází její závody – ve Středočeském a v Královéhradeckém kraji. Na Mladoboleslavsku je dokonce dominantní zdravotní pojišťovnou. Díky její solventnosti v platbách a výši úhrad je chválena jak svými pojištěnci, tak i lékaři. [12]

**Příloha F – Počty poboček jednotlivých ZP podle krajů  
(stav k 14. 2. 2013)**

Tabulka F1 Počty poboček jednotlivých ZP podle krajů (stav k 14.2.2013)										
ZP	VZP		ZP MV ČR		ČPZP		OZP		VoZP*	
kraj / pobočky	hlavní	vedlejší	hlavní	vedlejší	hlavní	vedlejší	hlavní	vedlejší	hlavní	vedlejší
Praha	6	0	2	12	0	1	1	0	1	0
Středočeský	10	7			1	12	1	1		
Jihočeský	7	6	1	6	1	4	2	0	1	0
Plzeňský	5	5	1	7	1	4	1	0	1	0
Karlovarský	3	7			0	3	1	0	0	1
Ústecký	7	6	3	8	0	4	1	2	1	1
Liberecký	5	3			1	1	1	0	0	2
Královehradecký	6	7	5	7	0	3	1	1	1	0
Pardubický	5	8			1	3	1	0	0	1
Vysočina	8	10	1	16	1	6	1	1	0	2
Jihomoravský	10	9			1	12	1	0	1	0
Olomoucký	5	4	1	9	2	14	1	0	1	0
Zlínský	4	9			1	9	1	0	0	1
Moravskoslezský	5	16	1	9	3	20	3	0	0	1
celkem	86	97	15	74	13	96	17	5	7	9
celkem poboček	183		89		109		22		16	
Zdroj: Vlastní zpracování dle [101] – [105]										